

# Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

**Enfermagem de Reabilitação**

## **REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE REABILITAÇÃO NA PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA CARDÍACA**

Isabel Maria Esteves Ferreira

**2015**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública





# Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

**Enfermagem de Reabilitação**

## **REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE REABILITAÇÃO NA PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA CARDÍACA**

Isabel Maria Esteves Ferreira

**Prof.ª Doutora Maria de Fátima Mendes Marques**

**2015**





## PENSAMENTO

"Nós somos o que fazemos. O que não se faz não existe. Portanto, só existimos nos dias em que fazemos. Nos dias em que não fazemos, apenas duramos."

Padre António Vieira

## AGRADECIMENTOS

A concretização de qualquer trabalho é sempre resultado do esforço, dedicação e envolvimento de quem o realiza. Mas, para que este seja possível, envolve sempre a ajuda/apoio de várias pessoas, fundamentais, a certa altura, para uma motivação intrínseca da pessoa responsável pelo mesmo.

Antes de mais, deixo um forte agradecimento à professora Doutora Maria de Fátima Mendes Marques, que foi incansável no apoio que me deu nesta difícil caminhada, nomeadamente na sua disponibilidade constante, transmissão de conhecimentos e motivação naqueles momentos em que senti falta de forças para continuar este trabalho.

Seguidamente à minha mãe, que me atendeu o telefone sempre a horas tardias, no final dos longos dias em que me encontrei a realizar estágio concomitantemente com o meu trabalho, e me deu sempre o alento fundamental para manter as minhas forças e motivação para concluir o percurso.

Por último, aos meus amigos (Dulce, Tiago, Cristiana, Maria) bem como todos os outros, colegas, a minha chefe, a minha coordenadora e enfermeiras orientadoras (M<sup>a</sup> José e Tânia) pela paciência e compreensão que tiveram comigo, bem como pela ajuda preciosa que foram para mim em toda esta caminhada.

## RESUMO

Este relatório teve como principal objetivo uma análise crítica e reflexiva de um conjunto de competências adquiridas e desenvolvidas ao longo da unidade curricular de estágio clínico, inserido na área de especialização em enfermagem de reabilitação, servindo desta forma de documento de avaliação para a obtenção de título de mestre nesta área.

Este estágio clínico foi constituído por dois momentos: um momento numa ECCI inserida no distrito de Lisboa, e um outro momento inserido num serviço de cirurgia de cardiotorácica de um hospital central do mesmo distrito.

De salientar ao longo do relatório e de toda a minha prática em contexto clínico, a importância do cuidado centrado na pessoa e família, pois todo o contexto envolvente destes influencia de forma direta o processo de promoção do autocuidado na pessoa cuidada.

Ao longo deste percurso, verificou-se uma consolidação dos conhecimentos teóricos com a prática clínica, bem como com a reflexão sobre a mesma, permitindo uma construção do conjunto de princípios que fundamentam a identidade profissional como futura enfermeira especialista de reabilitação. Na ECCI prestei cuidados especializados de reabilitação, com ênfase na reeducação motora, de eliminação, cognitiva e social. No contexto específico da cirurgia cardiotorácica desenvolvi competências de cuidados especializados de reabilitação na pessoa submetida a cirurgia cardíaca (e torácica), facilitando o seu processo de re aquisição do autocuidado.

As atividades e competências desenvolvidas neste processo de aprendizagem, as dificuldades sentidas, as estratégias utilizadas para melhoria e implementação no decorrer do estágio, são descritas em relatório, efetuando também uma análise sobre o trabalho desenvolvido, bem como algumas sugestões futuras.

Palavras-Chave: cirurgia cardíaca, enfermeira especialista, pessoa, reabilitação, autocuidado.

## **ABSTRACT**

This report aimed to do a critical and reflective analysis of a set of skills acquired and developed during a clinical placement, within a Rehabilitation Postgraduate and Masters Course. This will be an assignment to become a master in this area.

This clinical placement had two phases: one in an ECCI in a Lisbon council, and another in a Cardiothoracic Surgical Ward within a central hospital in same council.

Throughout this report and all my daily practice within the clinical placement I would like to highlight the importance of patient individual care and involvement of the family because this has a direct effect on the improvement of self care by the patient.

Through the whole of this journey, there was a consolidation of theoretical knowledge and clinical practice, with reflexive practice, allowing me to design a set of principles that will fundament my professional identity as a future Specialist Rehabilitation Nurse.

In ECCI I provided specialised rehabilitation care, with a particular emphasis on motor relearning, bladder and bowel retraining, and cognitive and social re-education. In the specific area of Cardiothoracic Surgery I developed specific rehabilitation skills regarding the patient submitted to cardiac surgery (and thoracic), promoting the recovery to patients' self caring.

The activities and skills developed in this learning process, the difficulties and the strategies used to improve my practice during the placement are described in the report, as well as some reflective analysis of my performance, and suggestions for further improvement.

Keywords: cardiac surgery, nurse specialist, person, rehabilitation, self-care.



## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

AACVPR - American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS - Administração Central de Sistemas de Saúde

APA - American Psychological Association

ATIE - Artéria Torácica Interna Esquerda

CC - Cirurgia Cardíaca

CCC - Cuidados Centrados ao Cliente

CCT - Cirurgia Cardiorádica

CEC - Circulação ExtraCorporal

CEER - Colégio da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMEER - Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de Reabilitação

CPAP - Continuous Positive Airway Pressure

CPC - Complicações Pós-Cirúrgicas

DGS – Direção Geral de Saúde

EC - Estágio Clínico

ECCL - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EGA - Equipa de Gestão Altas

EPAP - Expiratory Positive Airway Pressure

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

INR - International Normalized Ratio

OE - Ordem dos Enfermeiros

PBE - Prática Baseada na Evidência

RFR - Reeducação Funcional Respiratória

RN - Recém-Nascido

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SCML - Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

SNS - Serviço Nacional de Saúde

TMI - Treino Muscular Inspiratório

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UMDR - Unidade de Média Duração e Reabilitação

VD - Visita Domiciliária

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	12
1- DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PARA A PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO DA PESSOA .....	28
1.1– Reabilitar numa ECCI .....	30
1.2 – Reabilitação num serviço de cirurgia cardiotorácica .....	37
1.3 – Aprender a ser enfermeiro especialista.....	53
2 – AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM .....	56
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPETIVAS FUTURAS .....	61

## BIBLIOGRAFIA

## ANEXOS

- Anexo I – Folha de registo de Reabilitação
- Anexo II – Folha de Encaminhamento Pós-alta
- Anexo III – Escala de Equilíbrio de Berg

## APÊNDICES

- Apêndice I – Objetivos do EC
- Apêndice II – Cronograma do Estágio
- Apêndice III – Planos de Cuidados do EC realizados na UCC
- Apêndice IV – Diário de Aprendizagem realizado na UCC
- Apêndice V - Reflexões de aprendizagem realizadas na UCC
- Apêndice VI – Proposta de formação na UCC
- Apêndice VII – Projeto apresentado e proposto na UCC
- Apêndice VIII – Reflexão de aprendizagem realizada na CCT
- Apêndice IX – Planos de cuidados elaborados na CCT

## INTRODUÇÃO

Com o presente Relatório de Estágio, pretendo, não somente dar resposta a uma exigência a uma unidade curricular integrada no meu plano de estudos, inserida no Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de Reabilitação (CMEER), como também a todo um conjunto de ambições a nível pessoal e profissional.

Tendo em conta que me encontro há cerca de 8 anos a exercer a minha atividade como enfermeira, em serviços de internamento que recebem clientes da área cirúrgica, senti a necessidade de aprofundar a minha formação contínua. Esta, aliada à prática clínica, irá consolidar e fundamentar todas as minhas intervenções contribuindo para a construção da identidade profissional da enfermagem, no sentido da construção desta como uma ciência. Neste sentido, procurei candidatar-me e frequentar o V CMEER, ministrado pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

Este relatório, não se trata do fim de um processo de aprendizagem, mas sim de um instrumento para descrever, analisar, compreender, refletir e aprofundar conhecimentos e aprendizagens realizadas no âmbito do curso de Enfermagem de Reabilitação, ao longo do Estágio Clínico (EC) tendo em conta os regulamentos decretados pela Ordem dos Enfermeiros (OE), baseada numa interação com a pessoa, família e comunidade, que permitiram intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) não só à pessoa submetida a cirurgia cardíaca (CC) como também a toda a pessoa que carece de cuidados diferenciados na área da reabilitação.

Este EC decorreu num período total de 18 semanas, tendo tido o seu percurso ao longo de 520 horas, subdivididas em 21 horas para as sessões de orientação tutorial na escola, 251 horas num Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), com equipa de cuidados continuados integrados (ECCI), e em 248 horas de estágio num hospital central, no serviço de cirurgia cardiotorácica (CCT), ambos localizados na região de Lisboa e Vale do Tejo. Para este percurso delineei objetivos a atingir (Apêndice I) com base no desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2010) e das

competências específicas do EEER (Colégio da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação (CEER), 2010). Será através da metodologia reflexiva e analítica que irei desenvolver este trabalho.

O especialista sabe, não só o que precisa ser alcançado, com base numa prática refletida e respetiva descrição situacional, mas também sabe como alcançar o objetivo. Em suma, o especialista não só vê o que precisa ser alcançado, mas também a forma de alcançá-lo. Quando as coisas estão a decorrer normalmente, os especialistas sabem o que antecipar e como se preparar para possíveis problemas ou complicações decorrentes da situação que se encontram a resolver; agindo assim de acordo com o que a experiência tem mostrado que efetivamente resulta (Benner, Tanner & Chesla, 2009).

Pretendo, na minha prática futura, utilizar este documento como um referencial teórico para dar a conhecer a um conjunto de profissionais de saúde, o percurso académico que percorri para adquirir competências comuns e específicas de EEER, que me possibilitam atualmente, prestar cuidados com mais qualidade, bem como também transmitir alguns dos conhecimentos por mim constatados e adquiridos.

Finalmente, servirá para despertar o interesse e sensibilizar para a primordial importância da Reeducação Funcional Respiratória (RFR) da pessoa submetida a CC.

A seleção dos locais de estágio teve por base as disponibilidades facultadas pela ESEL e, concomitantemente, também opções, tanto do foro pessoal, como profissional. Tive, com este percurso, como principais objetivos pessoais, adquirir competências que me permitam no futuro prestar cuidados como enfermeira perita na área de reabilitação. Pretendo também transmitir os conhecimentos por mim adquiridos à equipa de enfermagem onde estou inserida, na qual considero existir uma lacuna de conhecimentos na área da reabilitação da pessoa cirúrgica. Dei especial ênfase ao serviço de CCT, dado tratar-se de um local de eleição para desenvolver as competências específicas a que me propus, pois a CC sempre foi alvo do meu interesse pessoal. Considerei, assim, uma excelente oportunidade para aprofundar conhecimentos e desenvolver competências específicas dentro de duas áreas do meu interesse pessoal, como é o caso da reabilitação da pessoa submetida

a uma cirurgia, bem como todo o conjunto de conhecimentos relacionados com a cirurgia cardíaca. Aliado a estes fatos, o referido serviço encontra-se inserido num hospital central da área, pelo que considere importante ter percepção da dinâmica de um serviço destes, visto que até então, toda a minha experiência se centrou no contexto de um hospital privado, o qual tem uma dinâmica completamente diferente.

Para a elaboração deste relatório, baseei-me na pesquisa bibliográfica, na observação dos contextos com que me deparei e nos respetivos processos de cuidar, assim como no planeamento, execução e avaliação das atividades desenvolvidas, dando especial ênfase à componente científica, a qual contribui com evidência para a melhoria da nossa prática, denominando-se assim como prática baseada na evidência (PBE). A PBE é entendida como um método de resolução de problemas que implica a identificação do problema clínico, a pesquisa e seleção de literatura científica pertinente, a avaliação da evidência e a decisão relativamente à sua aplicabilidade (Pailaquilén & René, 2013).

A avaliação inicial individualizada e as intervenções baseadas nos padrões e sistemas funcionais de saúde são fundamentais para as variadas situações que além de crónicas e incapacitantes, são também complexas, envolvendo comorbilidade ou estadios secundários das doenças (Hoeman, 2011).

A todos os utentes alvo da minha intervenção, considere primordial ter em atenção à importância dos cuidados centrados ao cliente (CCC). Existe um conhecimento comum acerca da centralidade da experiência do utente, da necessidade do respeito e expressão de crenças e valores do mesmo, bem como da necessidade para realizar uma abordagem integrada perante o cuidado ao cliente, para comunicar efetivamente, bem como para a partilha no processo de tomada de decisão (Kitson, Marshall, Bassett, & Zeitz, 2012). Estes autores concluíram, após uma revisão bibliográfica, que para que os CCC serem prestados de uma forma eficiente, se torna necessário ter em atenção três aspetos fundamentais: a participação e envolvimento do utente, a relação entre este e o profissional de saúde e o contexto em que os cuidados são prestados.

A *American Thoracic Society/European Respiratory Society* (ATS/ERS) (2006) refere que a reabilitação pulmonar é indicada para reduzir sintomas, otimizar a capacidade funcional, promover a participação da pessoa, e reduzir os custos dos cuidados de saúde através da estabilização ou reversão sistêmica das manifestações da doença. Segundo estes, os programas de reabilitação pulmonar implicam a avaliação da pessoa, o treino físico, o ensino, a intervenção nutricional e o apoio psicológico.

Os objetivos específicos da RFR no período pós-operatório (PO) são, segundo Cordeiro e Menoita (2012): reduzir a tensão psíquica e muscular através da diminuição da sobrecarga muscular; assegurar a permeabilidade das vias aéreas através da drenagem postural modificada, tosse dirigida ou assistida com contensão da ferida operatória, manobras acessórias ou ciclo ativo de técnicas respiratórias; consciencialização e controlo da respiração através da reeducação diafragmática, reeducação respiratória global ou seletiva, exercícios de expansão torácica, treino dos músculos respiratórios, pressão contínua das vias aéreas (CPAP), pressão positiva expiratória (EPAP) ou exercícios de inspirações profundas; corrigir os defeitos posturais; reeducar no esforço. Segundo a *American Heart Association Heart Failure Society of America* (AHA/HFSA) (2015), o treino muscular inspiratório (TMI) melhora de uma forma significativa a força muscular inspiratória e respetiva resistência, a capacidade de exercício aeróbico, a tolerância ao esforço, a qualidade de vida, bem como a diminuição de dispneia da pessoa com afeção cardíaca. O TMI associado com o treino aeróbico, melhora de uma forma significativa a capacidade aeróbica.

As complicações pulmonares no pós-operatório de CC constituem uma considerável fonte de mortalidade e morbilidade. Essa vulnerabilidade deve-se principalmente à imunossupressão, ao procedimento cirúrgico e à qualidade de vida da pessoa, podendo ser evitada por meio de medidas profiláticas de controlo de infeção (Coronel, Bordignon, Bueno, Lima, & Nesralla, 2010). A dor, a alteração da mecânica ventilatória decorrente da esternotomia e os efeitos secundários da anestesia geral sob a função pulmonar constituem alguns dos fatores passíveis de provocar estas complicações pulmonares. As estratégias pós-operatórias devem ser consideradas para reduzir as complicações

pulmonares no pós-operatório de CC, como sejam os exercícios de ventilação profunda, a espirometria de incentivo, a pressão positiva contínua, a mobilização no leito, as técnicas de tosse e controle da dor e a prática de exercícios aeróbicos (Coronel et al, 2010).

Sawatzky, et al. (2014) referem que a reabilitação tem sido utilizada antes da cirurgia cardíaca e em outras afeções, sendo referenciada para reduzir as complicações pós-operatórias (atelectasia e pneumonia), bem como o tempo de internamento, principalmente nas cirurgias cardíacas e abdominais. A CC é realizada quando a probabilidade de uma vida útil é superior com o tratamento cirúrgico à vida com o tratamento clínico (Galdeano, Rossi, Santos, & Dantas, 2006). Estes últimos referem que existem três tipos de cirurgias cardíacas: as corretivas (encerramento do canal arterial, de defeito do septo atrial e ventricular), as reconstrutivas (revascularização do miocárdio, plastia de válvula aórtica, mitral ou tricúspide) e as substitutivas (trocas valvulares e transplantes). Destas, a cirurgia reconstrutiva mais realizada é a revascularização do miocárdio. Smeltzer e Bare (2002) referem que os efeitos depressivos que ocorrem sobre a respiração, provocados pelos opióides, levam à diminuição da expansão pulmonar secundária à dor e à diminuição da mobilidade. Estes dois fatores associados aumentam no utente o risco de complicações respiratórias, particularmente a atelectasia e a pneumonia. Estes autores referem que a atelectasia surge no utente que não se mobiliza ou deambula, que não realiza os exercícios de respiração profunda/tosse e não utiliza o espirómetro de incentivo.

O EEER intervém em vários focos de atenção, entre eles, a aplicação de técnicas de RFR. Os objetivos essenciais desta intervenção são reduzir os sintomas, reduzir a perda funcional causada pela cirurgia, otimizar as atividades de vida diárias, maximizar e manter a independência funcional (CEER, 2010). Assim, com o intuito de minimizar a progressiva incapacidade funcional e de aumentar a qualidade de vida da pessoa, o papel desenvolvido pelo EEER demonstra uma importância primordial. Com a integração de intervenções de enfermagem de RFR, o profissional de enfermagem encontra-se munido de todas as capacidades que sustentam a melhoria da performance da pessoa submetida a cirurgia cardíaca.



A reabilitação tem sido considerada um importante componente na reabilitação do utente cirúrgico cardiovascular com o objetivo de melhorar a condição cardiovascular e evitar ocorrências tromboembólicas e posturas antiálgicas, oferecendo assim maior independência física e segurança para a alta hospitalar (Titoto, Sansão, Marino, & Lamari, 2005). Para estes autores, os principais exercícios realizados para a concretização destes objetivos consistem em:

- Exercícios metabólicos das extremidades (diminuir o edema e aumentar a circulação);
- Técnicas de tosse eficaz (eliminar secreções e manter a permeabilidade das vias aéreas, favorecendo as trocas gasosas e promovendo uma ventilação eficaz);
- Exercícios ativos (manter amplitude mecânica e força muscular);
- Treino de marcha.

Ainda os mesmos autores afirmam que a mobilização precoce destes utentes demonstra reduzir os efeitos prejudiciais da imobilidade e aumenta a autoconfiança, diminuindo o custo e o tempo de permanência hospitalar.

Existe um reconhecimento crescente de que o cuidado centrado na pessoa é associado à qualidade dos cuidados. Hobbs (2009), citada por Jayadevappa e Chhatre (2011), concluiu que a interação entre o enfermeiro e a pessoa alvo dos cuidados é fundamental para a aplicação do CCC. Dada a multiculturalidade e as notáveis disparidades que são necessário atender, a competência cultural deve ser tida em conta nos cuidados que prestamos à pessoa. Embora tenham objetivos diferentes, a competência cultural e o cuidado centrado na pessoa evidenciam características comuns, tais como: ambos estão interessados na pessoa como um ser único, utilizam um modelo bio-psico-social, exploram e respeitam as crenças/valores/significados e preferências/necessidades, fundamentam-se na confiança, procuram aspetos comuns, estão cientes dos próprios preconceitos, mantêm uma atitude positiva/incondicional, permitem o envolvimento de amigos/família pretendido e por fim, fornecem informações e educação adequada ao nível cognitivo da pessoa (Jayadevappa & Chhatre, 2011).

O número de pessoas submetidas a procedimentos para otimizar a função cardíaca ou para corrigir/substituir válvulas danificadas continua a crescer. Os procedimentos incluem a esternotomia, a substituição valvular ou reparação, tal como os procedimentos minimamente invasivos que envolvem pequenas incisões ou toracoscopias sem *bypass* cardiopulmonar (*American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation (AACVPR)*, 2004). Em Portugal, a mortalidade por doenças do aparelho circulatório está em redução progressiva nas últimas duas décadas (Direção Geral de Saúde (DGS), 2013). A redução das taxas de mortalidade com relação direta com estas doenças é mais pronunciada na população idosa (idades superiores a 70 anos) (DGS, 2013).

Assim, tendo em conta o conjunto de todas as complicações decorrentes da realização da cirurgia cardíaca, bem como a necessidade emergente de atuar perante estes casos, considere importante debruçar-me sobre a temática **“Reeducação Funcional Respiratória: Intervenções do Enfermeiro Especialista de Reabilitação na Pessoa Submetida a Cirurgia Cardíaca”**. Esta opção está diretamente relacionada com o fato de cuidar de um número cada vez maior de pessoas submetidas a CC, bem como intervenções cirúrgicas abdominais altas (no serviço onde atualmente exerço funções), e com as subseqüentes complicações pós-cirúrgicas (CPC), as quais afetam as atividades de vida e o autocuidado das mesmas.

A procura de cuidados cirúrgicos, avaliada através da inscrição de novos episódios em lista de inscritos para cirurgia (entradas), cresceu continuamente desde que é efetuada uma medição sistematizada (Administração Central de Sistemas de Saúde (ACSS), 2013). O crescimento face ao ano de 2011 é de 2,1% e face a 2006, de 38,1%, situando-se acima de 624 mil entradas no ano de 2012. Este crescimento representa uma abertura progressiva do Serviço Nacional de Saúde (SNS) às necessidades de saúde da população. Verifica-se, desde 2006, um número crescente de cirurgias realizadas no âmbito do SNS, quer nas suas instituições, quer através de convenções e outros acordos. O número de intervenções cirúrgicas, ponderadas pelo seu índice de complexidade, atingiu o máximo (535.218) no ano de 2012 (ACSS, 2013). Se atendermos exclusivamente à produção em hospitais públicos (sem parcerias

público-privadas), observou-se um aumento de produção entre 2011 e 2012, tanto em número absoluto de cirurgias, como também em cirurgias ponderadas pelo índice de complexidade. As patologias que mais recursos financeiros consomem na atividade cirúrgica são as relacionadas com patologia osteoarticular, seguidas das relacionadas com patologia dos olhos, da pele e patologia cardíaca. Constata-se que em 2012 foram operados 9648 utentes da Cirurgia Cardiorádica (ACSS, 2013).

Um estudo afirma que “as doenças cardiovasculares estão entre as principais causas de morte nos países desenvolvidos e sua ocorrência tem aumentado de forma epidémica nos países em desenvolvimento” (Renault, Costa-Val, & Rossetti, 2008, p. 563). As cirurgias cardíacas são procedimentos ainda amplamente utilizados em todo mundo para tratamento destes utentes e as taxas de complicações pós-operatórias relacionadas com este tipo de cirurgia permanecem expressivas, salientando entre elas, as complicações pulmonares (Renault, Costa-Val, & Rossetti, 2008).

A incidência de patologias cardiovasculares nos países desenvolvidos tem vindo a aumentar ao longo dos anos, com 80% delas relacionadas com a doença arterial coronária, e, na maioria das vezes, a cirurgia de revascularização do miocárdio torna-se necessária (Titoto et al, 2005).

O comprometimento da função pulmonar após a realização de uma cirurgia cardíaca tem carácter multifatorial. O recurso a enxerto da artéria torádica interna esquerda (ATIE) que resulta frequentemente em pleurectomia com consequente colocação de dreno pleural, a esternotomia e o recurso à circulação extracorporal (CEC) têm demonstrado potencializar a lesão e o atraso na recuperação da função respiratória (Guizilini, et al., 2000).

A partir desta temática, desenvolvi o meu projeto de formação durante o 2.º semestre do V CMEER, no qual realizei o planeamento de atividades, onde figuram intervenções e estratégias que pretendia desenvolver em estágio. Este teve em vista o desenvolvimento das competências comuns (OE, 2010) e específicas do EEER (CEER, 2010), tendo em conta os recursos humanos, materiais físicos e temporais presentes, para conseguir alcançar os objetivos específicos por mim propostos. Comporta também os indicadores e critérios de

avaliação (Apêndice I). O presente projeto foi concretizado ao longo de todo o tempo de EC.

O objetivo geral do projeto de aprendizagem foi desenvolver, competências específicas que no futuro permitissem a minha atuação, enquanto EEER na área da RFR, na intervenção à pessoa submetida a CC.

A principal função do enfermeiro de reabilitação passa pela gestão de situações de saúde complexas. Fazem parte dessas situações a intervenção ao longo do ciclo de vida, o aperfeiçoamento das competências para melhoria dos resultados esperados na pessoa cuidada, o estabelecimento de parcerias com a pessoa e comunidade, bem como a coordenação de planos de cuidados interdisciplinares de forma a ir ao encontro dos desafios gerais da saúde (Hoeman, 2011). Além da cura, as pessoas esperam da instituição de saúde a que recorrem, a aquisição de conhecimentos que lhes permitam melhorar e manter a sua qualidade de vida (Hoeman, 2011).

Pelos motivos já referenciados (a minha curiosidade intelectual, o meu interesse pela temática e o desejo de aumentar conhecimentos e adquirir competências na área, a tomada de consciência e responsabilidade que um relatório deste teor acarreta), e tendo em atenção a área da problemática definida, delineei os seguintes objetivos gerais:

- Aprofundar conhecimentos na área da enfermagem de reabilitação sobre RFR, para intervenção na pessoa submetida a cirurgia cardíaca;
- Identificar necessidades específicas de intervenção do EEER na pessoa submetida a cirurgia cardíaca, a fim de minimizar ou prevenir complicações pós-cirúrgicas;
- Planear intervenções de enfermagem de reabilitação na área da RFR à pessoa submetida a cirurgia cardíaca;
- Planear intervenções de enfermagem de reabilitação na área da reeducação funcional sensoriomotora à pessoa no pós-cirúrgico tardio e/ou com patologia neurológica (embora este último não se enquadre especificamente na área funcional respiratória, visa sobretudo dar resposta à aquisição de competências necessárias na referida área, fundamentais para a minha prática diária).

A visibilidade dos cuidados prestados pelo EEER tem relação direta com a uniformização de técnicas através de linhas orientadoras e procedimentos.

Esta uniformização assume primordial importância tanto na continuidade de cuidados, como na manutenção da qualidade dos mesmos.

O autocuidado constitui o foco a que os enfermeiros mais recorrem para descrever necessidades em cuidados das pessoas que apresentam défice desta capacidade em contexto hospitalar. Enquanto processo, a reconstrução da autonomia no autocuidado tem início e termo e decorre num delimitado período de tempo. São as mudanças em si, como as alterações nos processos corporais e as alterações na ação realizada pelo próprio, e a confrontação com o que é capaz ou não de fazer, que fazem com que a pessoa se vá consciencializando do seu défice de autocuidado (Brito, 2012).

Seguindo o pensamento acima descrito, e porque considerei que o modelo de Autocuidado de Dorothea Orem se revela um bom suporte/guia orientador para o meu pensamento inserido na temática por mim estudada, seguidamente farei uma breve referência ao modelo do Autocuidado de Orem.

Orem (2001) identificou quatro postulados nas suas três teorias (a pessoa num determinado espaço/tempo, atributos da pessoa, movimentos/mudança, produtos em cada um). É central para todas as teorias (seguidamente resumidas) que as pessoas funcionem e mantenham a vida, saúde e bem-estar de forma a cuidarem de si mesmos (Orem, 2001):

- A primeira teoria do autocuidado: o objetivo desta é o de manter a vida, para manter as funções físicas e psíquicas essenciais da pessoa. Esta aprende práticas de autocuidado com a experiência, educação, a cultura, o conhecimento científico, crescimento e desenvolvimento;

- A segunda teoria, o défice de autocuidado: as pessoas que estão total/parcialmente incapazes de conhecer ou de se envolver na prestação de cuidados, de forma a garantir o funcionamento e desenvolvimento, para si ou para os seus dependentes, exprimindo assim e desenvolvendo o motivo de as pessoas procurarem os enfermeiros;

- A terceira teoria, a teoria de sistema(s) de enfermagem: descreve requisitos de autocuidado terapêutico e as ações ou sistemas envolvidos no autocuidado dentro do seu contexto. Ela pressupõe que os enfermeiros experientes prestam cuidados intencionais às pessoas cujas necessidades de cuidados excedem a sua capacidade de fornecer esses cuidados a si próprios.

Estas três teorias formam uma teoria geral de enfermagem, a teoria do déficit de autocuidado de enfermagem (Orem, 2001). O enfermeiro de reabilitação tem um importante papel na detecção de preocupações do utente e família sobre assuntos como cuidados e ajudas, de forma a assegurar recursos para a continuidade de cuidados no domicílio (Hoeman, 2011). Podemos então concluir que a teoria do déficit de autocuidado de enfermagem de Orem pode ser utilizada para guiar o processo de cuidados em enfermagem, podendo ser aplicada a qualquer contexto de saúde: hospitais, centros de saúde, centros de reabilitação ou, ainda, em qualquer outro contexto que vise estabelecer uma inter-relação na procura pelo alcance dos objetivos a serem alcançados pela pessoa cuidada.

Toda a minha linha de pensamento será sustentada no conceito fundamental da teoria do déficit de autocuidado de Orem. Esta teoria é identificada como uma teoria geral sobre o que é a enfermagem e como deveria ser, tendo em conta as situações concretas da prática (Orem, 2001).

Foram identificadas oito funções desta teoria por enfermeiros (Orem, 2001):

- Expor os pontos de vista dos seres humanos enquadrados na enfermagem;
- Expressar o objeto da enfermagem na sociedade humana; expor os conceitos essenciais da enfermagem considerados como uma área de conhecimento e prática e estabelecer um sistema de símbolos ou linguagens;
- Esclarecer os limites para o pensamento e orientar o empenho na prática de enfermagem, pesquisa, desenvolvimento e educação para a enfermagem;
- Reduzir o esforço cognitivo, proporcionando conhecimento e permitindo às pessoas que entendem a teoria, categorizar e formar conceitos relacionados com características de condições concretas de enfermagem;
- Permitir que sejam feitas inferências sobre a articulação da enfermagem com outras ciências humanas e com padrões de vida diária dos indivíduos nas respetivas famílias e comunidades;
- Gerar nos estudantes e profissionais de enfermagem uma forma de pensar e comunicar a enfermagem;

- Unir os enfermeiros à comunidade de estudiosos envolvidos no desenvolvimento contínuo, estruturação e validação de conhecimentos de enfermagem;
- Uma teoria geral de enfermagem também fornece uma estrutura para a organização do conhecimento.

Esta teoria descreve a relação entre a capacidade de ação dos indivíduos e a sua procura para o autocuidado ou exigências de cuidados de crianças ou adultos que são seus dependentes. O conceito de défice deve ser interpretado como uma relação, não como uma desordem humana. O défice de autocuidado pode estar associado, no entanto, com a presença de uma deficiência funcional ou estrutural humana (Orem, 2001).

Vítor, Lopes, e Araújo (2010) referem que as principais ações de autocuidado que poderão ser prestadas à pessoa com afeção cardíaca, pela equipa de enfermagem, deverão centrar-se nas ações educativas. Incidindo estas, na patologia subjacente (as suas causas e consequências), os tratamentos aos quais serão submetidas, as suas implicações imediatas e tardias, as alterações necessárias ao seu estilo de vida no sentido de erradicar fatores de risco intrínsecos e extrínsecos, bem como o reconhecimento de eventuais sintomas de agudização do seu estado (aos quais a pessoa deverá estar atenta após a sua alta clínica). Assim, a promoção do autocuidado da pessoa alvo dos cuidados, tem início no momento da admissão desta na unidade de internamento. No período pré-operatório é fundamental informar a pessoa sobre todos os acontecimentos a que vai ser submetida de forma a apaziguar os seus medos, receios e angústias existentes nessa fase.

Torna-se fundamental que ao tentar ajudar uma pessoa que sofre, não nos esqueçamos de respeitar os nossos próprios limites, aceitando a ideia de que apenas estaremos presentes para tentar ajudar a pessoa sem a substituir, sem a lembrar quem é ou o que deverá fazer (Hesbeen, 2003). Esta relação é desenvolvida e fortalecida ao longo de um processo dinâmico, que tem por objetivo ajudar o utente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde (OE, 2010).

Durante o estágio, e na análise das atividades desenvolvidas que serão explicitadas neste relatório, verifiquei que a teoria do autocuidado se enquadra

na realidade com que me deparei. Prestei cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa e família que durante uma fase transitória verificava um défice de autocuidado, quase sempre diretamente relacionado com a sua situação de saúde-doença decorrente da cirurgia cardíaca a que tinha sido submetida e a todo um conjunto de défice de conhecimentos acerca da forma como deveria encarar este período de recuperação.

A ECCI constitui uma das várias tipologias da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Esta obedece a uma prévia avaliação clínica e social, bem como dos objetivos terapêuticos constantes da proposta de admissão realizada pela Equipa de Gestão de Altas (EGA) do hospital ou, então, pelo médico, enfermeiro e assistente social das várias unidades do Agrupamento Centros de Saúde (ACES). Os cuidados de saúde prestados por esta equipa são direcionados a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, de acordo com as necessidades detetadas e cuja situação não requer internamento mas em que exista impossibilidade na deslocação de forma autónoma. A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) é constituída pelo secretariado; pelo gabinete da enfermeira coordenadora da UCC (enfermeira especialista em pediatria); pelo gabinete da enfermeira de saúde escolar; pelo gabinete partilhado pela assistente social, duas enfermeiras de reabilitação e psicóloga. Existe uma outra sala onde são ministrados os cursos de preparação para o parto, cuidados de higiene ao recém-nascido (RN) e prevenção de acidentes na primeira infância. Por último, existe também uma outra sala onde é ministrado o curso de massagem ao RN. Aqui, foi-me dada a oportunidade de participar no curso de massagem ao RN, que se verifica ser proveitoso na minha prática diária, no meu contexto de trabalho.

O serviço de cirurgia cardiotorácica caracteriza-se pela sua especificidade e pelas diversas valências que abrange. Trata-se de um serviço onde se procede à realização de cirurgias programadas, através de um processo de internamento que engloba uma preparação pré-operatória, a cirurgia propriamente dita e o período pós-operatório, dando resposta também a situações de urgência. Sendo que é um serviço que pela sua especificidade está ligado à urgência, e fornece apoio a outros serviços, o processo de



internamento nem sempre decorre de forma linear. Por outro lado, funciona também com uma valência de ambulatório relativamente à realização de técnicas de pensos. Esta última valência permitiu-me entender de uma forma mais direta, as complicações decorrentes da CC mais frequentes em regime de ambulatório (deiscência ou infeção da ferida operatória).

A faixa etária da população internada é variável, embora seja a população entre os 65 e os 85 anos que mais predomina. A atividade cirúrgica efetuada é a cirurgia cardíaca e torácico-pulmonar com diferenciação nas seguintes patologias: cirurgia reconstrutiva da válvula mitral, cirurgia coronária sem circulação extracorporeal (CEC), cirurgia torácica por toracoscopia vídeo-assistida. Segundo dados estatísticos fornecidos pela enfermeira chefe do serviço, relativos a 2010, revelam a realização, nesse ano de 1200 intervenções cirúrgicas das quais 240 foram no âmbito da cirurgia torácica e pulmonar e, 870 cirurgias cardíacas. A cirurgia reconstrutiva da válvula mitral representou 85% da taxa de efetivação, a cirurgia coronária sem CEC 60% e, a cirurgia torácica por toracoscopia vídeo-assistida, 50%.

O serviço de CCT é atualmente constituído por duas unidades de cuidados intensivos (UCI I com 6 camas e UCI II com 7 camas), enfermaria com 18 camas e bloco operatório com duas salas de intervenção. A enfermaria é constituída por 18 camas distribuídas por 6 quartos (3 com 5 camas cada e 3 quartos de isolamento), estando os utentes sob vigilância permanente através da telemetria na sala de enfermagem. Cada um destes espaços possui as tradicionais zonas de apoio: sala de trabalho, sala de equipamentos e de armazenamento de materiais, desinfeção, copa, W.C. do pessoal e de utentes. Este método de organização nem sempre se revelou o mais eficaz, pois na minha opinião, o monitor das telemetrias deveria encontrar-se alocado num local que permitisse uma vigilância mais permanente por parte de um enfermeiro. A organização por quartos com múltiplas camas permitiu-me ter as pessoas intervencionadas sob uma vigilância mais apertada, aproveitando por vezes para realizar ensinamentos a outras pessoas, quando não me encontrava a realizar RFR a uma pessoa específica.

Em termos de recursos humanos, trata-se de um serviço que pela sua especificidade e diversas valências, engloba uma vasta equipa multidisciplinar,

sendo que os profissionais de enfermagem são em número de cinquenta. Estes, devido às necessidades específicas do serviço, não se revelam suficientes para uma prestação de cuidados de enfermagem eficaz, denotando-se nos cuidados em variadas ocasiões a sua falta. Nesta equipa, constam atualmente 2 EEER (enfermeira chefe e a enfermeira que me orientou). A equipa de enfermagem (incluindo a EEER) trabalha por *roulement*, não se encontrando sempre destacada para prestar cuidados de enfermagem de reabilitação. A equipa de enfermagem detém conceitos básicos de reabilitação (tais como, promoção da autonomia da pessoa, imobilidade e apoio à alta da pessoa), resultante de formação ministrada pelos EEER do serviço, com o objetivo de garantirem os cuidados básicos aquando da sua ausência e, também, uma otimização do programa de reabilitação por eles definido. Esta formação teve início recentemente (há cerca de 2 anos).

Existe no processo clínico de todos os utentes uma folha de registos (Anexo I) de reabilitação, que serve para articular o plano realizado pela EEER e fisioterapeutas, numa tentativa de complementarem o trabalho de ambas as categorias profissionais. Quando os fisioterapeutas vão ao serviço, caso se encontre presente a EEER, é também efetuada uma passagem de informação entre ambas. Este trabalho de equipa revela-se importante para uma eficaz continuidade de cuidados à pessoa intervencionada. No momento da alta de cada utente, é realizada uma síntese de todos os ensinamentos realizados pelo EEER ao longo do internamento e entregue uma folha para encaminhamento pós-alta, na qual constam os ensinamentos mais importantes (Anexo II).

A descrição e análise dos conceitos que emergem desta problemática são importantes, na medida que ajudam na compreensão do meu percurso de aprendizagem.

O presente relatório é constituído por quatro momentos: o primeiro está presente nesta introdução, na qual se contextualiza e justifica a escolha da temática com base nos contributos da investigação, no modelo teórico a utilizar e no meu contexto profissional; o segundo momento é aquele onde reflito sobre os estágios clínicos no serviço de CCT e na ECCL, nos quais desenvolvi as atividades sugeridas, dando resposta aos objetivos delineados no projeto e, também, sobre as competências adquiridas; e o terceiro momento consiste

numa avaliação reflexiva sobre os fatores facilitadores do processo de ensino e aprendizagem, sobre os constrangimentos encontrados e as dificuldades vividas, assim como uma apreciação geral deste relatório; no quarto e último momento, constam as considerações finais e sugestões futuras enquanto mais-valias para a prática da enfermagem de reabilitação.

Para que exista uma uniformização deste relatório, foram consideradas as indicações da ESEL e seguidas as disposições e critérios da Norma *American Psychological Association* (APA) adotada pela ESEL. Toda a informação considerada importante será remetida para anexos e apêndices, os quais são apresentados pela ordem pela qual são referenciados ao longo deste relatório.

## **1- DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PARA A PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO DA PESSOA**

Reabilitar implica ajudar a pessoa a atingir o seu nível de saúde, tanto através da utilização de recursos externos, como também pelo auxílio prestado na descoberta, promoção e desenvolvimento de todo um potencial individual que poderá contribuir para a concretização do seu projeto de saúde, auxiliando-a nas fases de reaquisição da sua autonomia. Assim, o EEER trabalha com o objetivo de responsabilizar a pessoa pelo seu próprio cuidado. A capacidade para entender as necessidades da pessoa permite-nos estabelecer uma efetiva relação de ajuda, posicionar-nos na situação do outro, e ao mesmo tempo sermos capazes de nos mantermos afastados e agir de uma forma inovadora, criativa e adequada para satisfazer as necessidades do indivíduo<sup>1</sup> (Pereira & Santos, 2008).

O autocuidado é uma função reguladora humana que as pessoas devem, com vontade, realizar por si mesmas ou mandar executar para elas (cuidados a dependentes) para fornecer e manter um suprimento de materiais e condições para manter a vida, para manter o funcionamento físico e psíquico e o respetivo desenvolvimento, dentro das normas compatíveis com as condições essenciais para a vida e para a integridade do seu funcionamento e desenvolvimento (Orem, 2001). Segundo a Teoria do Autocuidado de Dorothea E. Orem, na reabilitação o que se propõe é a participação ativa da pessoa no seu tratamento, inclusive na definição dos objetivos, para o alcance do maior nível possível de independência (Brito, Bachion, & Souza, 2008).

A teoria do autocuidado que sustentou a minha prática no decorrer dos ensinamentos clínicos revelou-se benéfica no desenvolvimento dos meus conhecimentos e das minhas competências, pois enquadrou-se no contexto de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação e orientou o meu pensamento crítico perante cada situação. Considero fundamental para a

---

<sup>1</sup> Aqui, o objetivo será a promoção do seu bem-estar, mesmo que este não passe pela cura ou reparação do seu corpo, mas sim por uma vida com sentido, dentro do limite das suas capacidades (Pereira & Santos, 2008).

interiorização destes conhecimentos, a análise de cada uma das situações de aprendizagem que contribuíram para a minha construção como futura EEER. Leite e Faro (2005) referem que quando o enfermeiro assume o papel de coordenação da equipa de cuidados, deverá conhecer-se a si mesmo tendo em conta quatro princípios: o enfermeiro é o seu melhor professor; deve aceitar a sua responsabilidade; poderá aprender o que desejar e o verdadeiro conhecimento tem origem na reflexão sobre a experiência pessoal.

O cuidar em enfermagem de reabilitação é entendido como um ato em que existe uma reciprocidade entre os seus intervenientes (cuidador/pessoa cuidada/família), sendo assim definido em parceria, e, contribuindo de forma significativa para a construção de forma livre e responsável do projeto de saúde da pessoa cuidada. Daí, apesar de o meu objetivo principal se centrar na RFR da pessoa submetida a cirurgia cardíaca, considero que a minha aprendizagem foi mais abrangente, sendo que o contexto da comunidade me proporcionou de forma bastante construtiva variadas experiências que me permitiram compreender o papel que o EEER pode assumir no contexto natural da pessoa, bem como os primordiais parceiros no cuidar que as suas famílias se podem revelar. Estas demonstravam sempre abertura e disponibilidade para participar no processo de reabilitação da pessoa, independentemente das suas capacidades económicas e/ou sociais.

Posteriormente, perante o contexto hospitalar, embora este fosse muito rico em experiências, por motivos diversos (que enunciarei adiante), procurei investir de forma autónoma nos meus conhecimentos e capacidades de forma a conseguir alcançar os objetivos que defini, e também ser capaz de ajudar a pessoa submetida a CC a alcançar o seu autocuidado (ao longo de todo o período de internamento).

O desenvolvimento do meu pensamento foi realizado partindo da recolha de informação fornecida pelo diagnóstico de situação e das experiências vividas e adquiridas durante todo o processo de cuidados de enfermagem, específicos e diferenciados, dirigidos à pessoa com necessidade de intervenção do EEER.

A reflexão que seguidamente apresento foi realizada com base nos documentos que se encontram em apêndice, nos quais constam as descrições

das atividades desenvolvidas, alguns diários que considere pertinentes (que me permitiram uma maior esquematização e melhor percepção das atividades desenvolvidas e respetivos resultados), reflexões críticas, o projeto proposto num dos campos de estágio (além da formação que se pretendia realizar), e os planos de cuidados desenvolvidos em ambos os contextos de aprendizagem. Sei, hoje, que todo este período de aprendizagem me ajudou a crescer não só na vertente profissional, como também pessoal.

Assim, tendo por base os objetivos gerais que orientam a realização do projeto de estágio e correspondente cronograma (Apêndice II), descrevem-se seguidamente as atividades desenvolvidas para a concretização dos mesmos tal como as estratégias selecionadas e os recursos utilizados, sustentando-me numa fundamentação com base em pesquisa bibliográfica considerada pertinente.

### **1.1– Reabilitar numa ECCI**

A EEER no contexto da comunidade desempenha um papel fundamental na reintegração comunitária da pessoa. A comunidade em que se dá este processo envolve o ambiente, a disponibilidade de habitação, transporte, profissionais de saúde, localização geográfica, recursos e acessos aos serviços locais. Assim, a EEER tem que avaliar todos os subsistemas que influenciam cada sistema comunitário, para ser capaz de implementar um programa de reabilitação eficaz (Hoeman, 2011).

Para este EC foram traçados os seguintes objetivos:

- Conhecer a dinâmica do serviço e equipa, na sua vertente estrutural, funcional e organizacional;
- Identificar o papel do Enfermeiro Especialista de Reabilitação na dinâmica da Instituição;
- Desenvolver capacidade de gestão de cuidados à pessoa que apresenta o seu autocuidado comprometido, de acordo com os recursos existentes;

- Capacitar a pessoa que tem o seu autocuidado comprometido, facilitando os processos de promoção de autocuidado, de acordo com princípios éticos, deontológicos e legais;
- Identificar o papel do EEER na dinâmica da instituição.

A equipa multidisciplinar da UCC é constituída por enfermeiras, médico, psicóloga, assistente social e uma administrativa. A atuação multidisciplinar a nível dos cuidados de saúde primários permite uma continuidade de cuidados, beneficiando a promoção da saúde e a prevenção da doença, para que se efetue um rápido diagnóstico, tratamento e reabilitação. Esta associação entre a pessoa e os cuidados de saúde primários assume hoje em dia uma posição de destaque, tal como referem Cordeiro e Menoita (2012).

A área de abrangência à qual a UCC dá resposta é bastante extensa. A ECCL da UCC é composta pelos recursos profissionais da UCC. Quanto à equipa de enfermagem, ela conta com quatro enfermeiras, sendo duas delas EEER. Nas semanas finais do meu EC, ingressou na equipa um terceiro EEER, de forma a colmatar as necessidades da UCC, ficando assim a equipa munida de uma maior capacidade de resposta às necessidades dos utentes nesta unidade internados. Sempre que necessário, os elementos da equipa multidisciplinar acima referidos atuam de acordo com a sua área de intervenção. A ECCL tem capacidade para dar resposta a um conjunto de quinze utentes.

Os critérios de admissão definidos a nível nacional para estas unidades são os seguintes: ter um nível de dependência global (transitória ou crónica) que impeça a deslocação do utente ao centro de saúde; residir na área de influência da respetiva UCC; e existir um cuidador disponível para participar na prestação de cuidados. Estes critérios são fundamentais, na minha opinião, para que sejam reunidas as condições necessárias para uma adequada parceria entre o EEER, família e pessoa cuidada, para uma implementação de um plano de cuidados de reabilitação exequível e eficaz.

Como ECCL, a equipa multidisciplinar assegura a prestação de cuidados sete dias por semana (das 8h às 20h), sendo que ao fim-de-semana estes são garantidos pela EEER que fica destacada para assegurar urgências, e contactada via telefone para o efeito. Os planos de intervenção são realizados

de acordo com as necessidades existentes na comunidade, tendo em conta os recursos humanos disponíveis. Cada utente internado em ECCI tem um gestor de cuidados atribuído.

No início de cada semana, os EEER, em conjunto com a psicóloga, assistente social e enfermeira de saúde escolar e infantil, realizavam um plano semanal de VD (visita domiciliária), de acordo com as necessidades de cada utente. Assim, quando necessário, de acordo com o planeamento da EEER, estas realizavam as VD's em parceria, de forma a não exigir de cada utente, e respetivos cuidadores, maior disponibilidade que a estritamente necessária. Desta forma, a equipa conseguia uma participação ativa e mais eficaz por parte dos cuidadores e pessoa cuidada, pois estes reconheciam os esforços realizados pela equipa para a promoção do seu processo de reabilitação.

Aqui, pude constatar que todos estes cuidados carecem de uma grande capacidade de gestão tanto de recursos humanos como de material existente, não esquecendo a questão do transporte, pois existia um táxi comum que só se encontrava ao serviço da UCC até ao início da tarde dos dias úteis. Todos os dias de manhã, cada um dos EEER organizava a sua mala, onde colocava o material que poderia necessitar em cada uma das VD que estava planeada realizar nesse dia. A gestão das VD's era feita de forma a que, quando ocorria algo que carecia da avaliação e cuidado da equipa, pudesse ser contactada pelos cuidadores, a solicitar uma VD em alguns dos dias fora do plano semanal previamente estabelecido. Os registos eram realizados no final do dia na plataforma da RNCCI (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados) e no SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem).

Ao longo deste EC realizei um conjunto de atividades que me proporcionaram uma aprendizagem abrangente, como foi o caso de todo um conjunto de VD's, algumas admissões à unidade, altas e respetivos encaminhamentos de apoio não diferenciado quando estes careciam do mesmo. Também o encaminhamento de dois casos concretos que careciam/justificavam internamento em UMDR (Unidade de Média Duração e Reabilitação) – nas quais o tempo de internamento previsto deverá durar entre 30 a 90 dias. Nomeadamente, ocorreu um caso em que o cuidador (marido da utente) se encontrava notoriamente cansado, e esta foi então encaminhada



para uma Unidade de Convalescença, após acordo com o respetivo cuidador. Esta medida foi tomada com a intenção de permitir ao cuidador ter oportunidade para readquirir as forças necessárias para cuidar de si próprio, com o intuito de conseguir depois cuidar da sua esposa. Infelizmente, coincidiu com o agravamento do estado clínico da utente, tendo esta sido hospitalizada e falecido na sequência desse agravamento. Aqui a equipa de UCC procurou apoiar o cuidador, pois este vivia apenas com a sua esposa e sentiu de forma bastante significativa a sua perda.

Neste EC participei de forma ativa na prestação de cuidados especializados de ER. Executei planos individualizados em ER e fiz a sua subsequente avaliação, mantendo-os ou alterando-os consoante a resposta da pessoa aos mesmos, com o intuito de obter ou atingir o máximo potencial de reabilitação para a pessoa cuidada (Apêndice III).

Para enriquecer a minha aprendizagem, ao longo do estágio escolhi uma utente que despertava em mim uma empatia especial, para além de a sua situação de saúde/doença ir de encontro da temática por mim aprofundada. Considerei pertinente realizar um pequeno diário de VD's, de forma a conseguir perceber melhor todo o conjunto de progressos obtidos no final. Além deste, realizei também reflexões que relatam um pouco do que foi a minha experiência neste EC (Apêndice IV).

Desenvolvi várias atividades ao longo deste EC, como a pesquisa bibliográfica; consulta de artigos de cariz científico; consulta de normas e protocolos de funcionamento da equipa, com o objetivo de saber como agir em todo este contexto; conhecer os recursos existentes na comunidade e de que forma eles se articulam com a ECCI (desde a Câmara Municipal às instituições de cariz social privada ou pública; os próprios ACES e a RNCCI com as suas variadas funções).

McCormack (2004), citado por McCormack e McCance (2010), afirma que existem quatro conceitos que fundamentam o cuidado centrado na pessoa: estar em relação (a pessoa existe em relação com os outros), estar num mundo social (a pessoa é um ser social), ser num lugar (as pessoas existem num contexto através do qual a sua personalidade é articulada) e estar com o ego (a pessoa é reconhecida, respeitada e confiada pelo seu impacto perante

as outras pessoas). Assim, torna-se fundamental conhecer todo o contexto em que cada pessoa se encontra inserida, de forma a ser capaz de estabelecer um plano adequado às suas necessidades específicas.

Todas as atividades desenvolvidas ao longo deste estágio foram planeadas de forma particular e diferenciada, consoante as necessidades de cada pessoa cuidada. Foram realizados ensinamentos acerca de técnicas de preservação de energia, atividades e posicionamentos terapêuticos no leito, em cadeira de rodas, e ensinamentos com o objetivo de contrariar o padrão espástico já instalado. Foi também promovida a realização de exercícios isométricos, bem como de mobilizações assistidas, ativas ou resistidas, consoante a sua tolerância ou potencial. Realizou-se ainda treino de marcha com andador, com aumento progressivo da sua duração, na presença do filho de uma utente, que ficou muito agradecido à equipa da UCC (a utente encontrava-se confinada ao domicílio, realizando apenas levantar para cadeirão quando foi referenciada para a UCC). Esta iniciou exercícios de coordenação motora, estimulação cognitiva, fortalecimento muscular e numa fase posterior, foi-lhe possível realizar treino de marcha com a mesma no exterior, permitindo-lhe assim também voltar a ver os seus vizinhos e pessoas amigas, que não via desde o seu agravamento clínico.

Numa outra situação de cuidados, a equipa conseguiu providenciar uma cadeira de rodas automática para o utente, além da realização de obras no WC do seu domicílio, com o objetivo de este conseguir tomar um duche autonomamente. Este último, e a sua mãe, ficaram muito felizes com os melhoramentos obtidos, dado que a senhora era idosa e não conseguia prestar mais auxílio ao filho, necessitando assim da intervenção da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML). Senti, nestes e nos outros casos, um profundo agradecimento dos utentes e famílias, pois consoante o seu potencial de reabilitação, foram obtidas grandes conquistas que melhoraram a qualidade de vida destas pessoas.

Realizei registos acerca de todos os cuidados prestados nos processos eletrónicos dos utentes internados nesta UCC, de forma a garantir a continuidade de cuidados aos mesmos. Inseri dados e informações obtidas acerca de cada um deles na plataforma da RNCCI. Tive oportunidade de

assistir também a reuniões multidisciplinares, onde eram discutidos cada um dos casos em particular de cada um dos utentes internados na UCC. Procurei, sempre que possível, dar o meu contributo nas mesmas. Uma comunicação eficaz nas equipas é um fator fundamental para o sucesso do seu funcionamento. Cooley (1994) citado por Queiroz e Ferreira de Araújo (2009) afirma que de uma forma geral, existem três condições que caracterizam as reuniões interdisciplinares<sup>2</sup>, que são: a exposição organizada do material e uso apropriado do tempo, a interação entre os membros de forma a que haja um consenso mútuo dos objetivos e decisões grupais, o empenho dos seus membros em esforços construtivos para a resolução dos problemas. Com a realização das atividades acima descritas, considero atingidos os objetivos definidos e adquiridas as competências do seguinte domínio: **J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa<sup>3</sup> e J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania<sup>4</sup>** (CEER, 2010).

Em parceria com a colega de estágio, realizámos duas propostas (um projeto e uma formação em serviço) que por motivos que ultrapassaram as nossas capacidades/possibilidades, não foram concretizadas, não tendo sido realizada uma calendarização atempada das mesmas.

A primeira (por necessidade da instituição) tratava-se de uma ou mais formações no âmbito das “Transferências, Posicionamentos e Ergonomia”, e era dirigida aos cuidadores dos utentes internados em ECCI (Apêndice VI). O objetivo central desta era formar o maior número de cuidadores possível, pois a grande maioria não tinha qualquer tipo de formação, pelo que assim a qualidade dos cuidados estava comprometida, correndo o risco de um aumento de lesões em contexto de trabalho.

---

<sup>2</sup> Hoeman (2011) refere que numa equipa interdisciplinar, os vários elementos da equipa estabelecem os objetivos em conjunto, tentando evitar duplicações ou metas que conflituem entre eles.

<sup>3</sup> Este domínio abrange as seguintes competências: **J3.1) concebe e implementa programas de treino motor; J3.2) avalia e reformula programas de treino motor em função dos resultados esperados.**

<sup>4</sup> Este domínio abrange a seguinte competência: **J2.1 – Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.**

A segunda, tratava-se de um projeto que considerámos interessante e motivador para a faixa etária dos idosos (maiores que 65 anos), cujo tema era “Viver Mais...Viver Melhor”, sendo o objetivo principal deste a promoção da saúde física e mental dos mesmos (Apêndice VII). Este último seria constituído por variadas sessões, a realizar em múltiplos espaços inseridos na área de abrangência da UCC, nas quais figuravam atividades para estimulação física e cognitiva dos participantes.

Os valores desta equipa que encontrei são comuns e partilhados, sempre com o objetivo da satisfação das necessidades concretas de cada utente. Este modo de trabalhar reflete-se nos cuidados prestados à pessoa e família. Independentemente da função desempenhada, todos os elementos têm uma palavra a dizer, a sua opinião é escutada e as suas perceções são tidas em conta. Esta metodologia de gestor de caso é compensadora, no sentido em que promove a autonomia do enfermeiro. A figura do gestor de caso, tendo por base o modelo de gestão integrada da doença, prevê a capacitação dos utentes no sentido de promover o autocuidado, a diminuição das complicações, a objetivação do trabalho da equipa multidisciplinar, a gestão adequada da medicação e servir de elo de ligação com a comunidade (Hoeman, 2011). Esta autora refere também, que este tipo de gestão de cuidados vai ao encontro da filosofia e objetivos da reabilitação. Apercebi-me, de forma agradável, como a equipa trabalhava graças à comunicação eficaz entre os elementos da equipa multidisciplinar, o que constitui uma mais-valia para o processo de cuidar.

No que respeita às políticas de saúde, elas vão ao encontro daquilo que é preconizado pelo Plano Nacional de Saúde 2011-2016 (PNS) o qual pretende: “maximizar os ganhos em saúde da população através do alinhamento e integração de esforços sustentáveis de todos os sectores da sociedade, com foco no acesso, qualidade, políticas saudáveis e cidadania”(PNS, 2013, p.5).

Uma das principais estratégias desta equipa é a promoção da cidadania em saúde. Esta estratégia baseia-se na criação e desenvolvimento de programas próprios na área da educação para a saúde, autogestão da doença e capacitação dos cuidadores informais, com o objetivo de habilitar o cidadão, famílias e cuidadores para a promoção da saúde, gestão da doença crónica e prevenção de complicações inerentes.

Williams (2004), citado por Hoeman (2011), refere que a EEER na comunidade define o contexto da prática, desenvolvendo um conjunto de conhecimentos abrangentes e capacidades clínicas amplas baseadas no conhecimento primário de saúde pública e gestão de caso<sup>5</sup>. A capacidade diferenciada em comunicação, negociação e entrevista revelam-se fundamentais, porque a EEER ajuda, com regularidade, indivíduos e grupos a pensar de forma crítica e a resolver problemas (Hoeman, 2011).

Este EC permitiu-me adquirir uma visão global sobre como poderei encaminhar, após a alta hospitalar, um utente internado na minha instituição (privada), aproveitando os recursos existentes na comunidade, bem como colaborando para um plano educativo entre o serviço de internamento e a comunidade. Sem dúvida, uma mais-valia para o meu percurso como futura EEER.

## **1.2 – Reabilitação num serviço de cirurgia cardiotorácica**

Este local de aprendizagem constituiu, para mim, um desafio. Tratou-se do campo de estágio no qual tive oportunidade de desenvolver a minha temática em estudo. O utente submetido a cirurgia cardíaca constitui um desafio constante, ao qual deverei dar uma especial atenção tendo em conta todo um conjunto de especificidades que o caracteriza. Este fato, aliado às dúvidas que este tema suscita para grande parte dos enfermeiros, motivaram o meu empenho pessoal nesta temática, de forma a assim conseguir contribuir para uma melhoria constante dos cuidados no meu contexto de trabalho.

Para este ensino clínico, delineei os seguintes objetivos específicos:

- Conhecer a dinâmica do serviço e equipa, na sua vertente estrutural, funcional e organizacional;
- Desenvolver capacidade de gestão de cuidados à pessoa submetida a cirurgia cardíaca, de acordo com os recursos existentes;

---

<sup>5</sup> Entre outros, este autor refere que estes conhecimentos implicam a “epidemiologia, os cuidados, crescimento e desenvolvimento populacionais, as crenças espirituais, a sanidade do meio, o estudo das doenças transmissíveis, a prevenção da doença, o impacto dos valores comunitários e as ciências biológicas, físicas e comportamentais” (Hoeman, 2011, p.189).

- Desenvolver intervenções de enfermagem de reabilitação ao indivíduo submetido a cirurgia cardíaca, para minimizar ou prevenir complicações pós-cirúrgicas;
- Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa submetida a cirurgia cardíaca, facilitando o processo de promoção do seu autocuidado;
- Capacitar a pessoa submetida a cirurgia cardíaca, facilitando os processos de promoção de autocuidado, de acordo com princípios éticos, deontológicos e legais;
- Identificar o papel do EEER na dinâmica da instituição.

A realização de uma cirurgia aliada ao internamento hospitalar, pode ser classificada como um processo que irá influenciar a capacidade para o autocuidado da pessoa, pois esta estará sujeita a uma situação de saúde/doença, envolvendo mudanças que vão afetar interna e externamente o modo de vida, quer da pessoa, quer de outros que estejam envolvidos neste processo.

A ideia de uma pessoa ser submetida a uma CC provoca medo em qualquer ser humano (Vargas, Maia, & Dantas, 2006). A ansiedade constitui um dos diagnósticos mais comuns no pré-operatório de uma CC. A identificação dos sentimentos dos utentes no período pré-operatório da CC assume primordial importância, pois o enfermeiro desempenha um papel abrangente no cuidado da pessoa submetida a um procedimento cirúrgico desta complexidade. Assim, a intervenção de enfermagem tem início nos cuidados pré-operatórios e respetiva monitorização cuidadosa para deteção precoce de complicações pós-cirúrgicas até ao apoio emocional e psicológico do utente e respetivos familiares ao longo de todo o internamento (Vargas, Maia, & Dantas, 2006).

Também nas pessoas que cuidei, verifiquei de uma forma geral, a presença destes sentimentos, sempre que efetuava o seu acolhimento. O conjunto de mudanças a que iriam ser submetidos, o medo do que iriam vivenciar, bem como o medo das complicações pós-operatórias eram frequentemente mencionados. No período pós-operatório, as preocupações estavam mais relacionadas com aspetos fisiológicos, como o fato de não

estarem habituados a ter que ser cuidados por outras pessoas, bem como a imobilidade decorrente da cirurgia e quais os cuidados a ter.

Ao iniciar este estágio, apesar de já ter noção do papel da EEER na comunidade, um misto de sentimentos invadiu o meu pensamento. Apesar de exercer funções há quase 8 anos, como enfermeira generalista, nomeadamente nos cuidados à pessoa submetida a vários tipos de cirurgias (entre elas, a cirurgia cardíaca), tive noção que me iria deparar com uma realidade completamente distinta da minha (unidade hospitalar privada). Mesmo sabendo que já tinha alguns conhecimentos teórico-práticos neste âmbito (adquiridos em contexto de trabalho, num curso de urgências respiratórias que realizei previamente, bem como nas aulas do CMEER), tive noção que iria assumir um papel de aprendiz, como futura EEER. Estes fatos aliados à responsabilidade de encontrar estratégias para assumir o papel de enfermeira aprendiz na área da reabilitação da pessoa submetida a CC, geraram um misto de curiosidade (desconhecia se iria conseguir adquirir as competências necessárias para atingir os meus objetivos), medo (pois iria encontrar uma realidade completamente díspar da minha) e contentamento (pois iria ter certamente oportunidade para desenvolver competências e adquirir conhecimentos especializados numa área que sempre me fascinou).

Soares (2004), citado por Novo, Galvão, e Rodrigues (2014), refere que o ensino clínico se entende como um espaço e um tempo de excelência onde existe oportunidade para o desenvolvimento de competências cognitivas, técnicas de relação interpessoal e crítico-reflexivas, permitindo, ao estudante e futuro profissional, dar resposta a variadas situações. Assim, procurei recordar neste momento, todos os conhecimentos adquiridos ao longo do percurso teórico que precedeu este ensino clínico.

A integração neste novo serviço decorreu de forma progressiva. Tal como é habitual neste serviço (e que considerei importante para a minha contextualização na temática, bem como o meu planeamento de cuidados), no primeiro dia tive oportunidade de ir para o bloco operatório, onde observei algumas cirurgias cardíacas (substituição valvular aórtica; duplo *bypass* aorto-

coronário da veia safena e a artéria mamária interna<sup>6</sup>). Foi toda uma dinâmica até então para mim desconhecida. Desde a preparação da pessoa, indução anestésica, a própria cirurgia, e a primordial importância do trabalho do perfusionista até então para mim desconhecida (encontra-se em apêndice VIII a minha reflexão sobre a mesma). Senti que a equipa me acolheu e me colocou à vontade para questionar quando tivesse dúvidas.

No segundo dia de estágio, dei início à minha integração no serviço e em toda a sua dinâmica. Fui apresentada à minha orientadora, bem como à chefe de serviço e restantes profissionais (enfermeiros, auxiliares, médicos residentes, assistentes administrativas, fisioterapeutas). Senti uma boa receção no geral por parte de toda a equipa. Desde cedo, a enfermeira orientadora procurou proporcionar-me oportunidades de aprendizagem e colocou-me à vontade para contar sempre com o apoio dela. De salientar, as funções de EEER que a orientadora desempenhou em número escasso de turnos, perante os dias de estágio, em que maioritariamente prestava cuidados como enfermeira generalista, e concomitantemente, recebia uma estudante do curso de mestrado em enfermagem de reabilitação de outra escola, de forma a dar resposta aos acordos da instituição. Senti pouco tempo disponível para nos supervisionar, dividido em dois. A situação foi agravada pelo fato de a enfermeira orientadora estar a desempenhar funções em sistema de *roulement*, tendo eu necessidade de realizar alguns turnos com um enfermeiro do serviço com formação em cinesiterapia respiratória.

Estes fatores, numa fase inicial, criaram em mim um profundo sentimento de tristeza, pois senti-me um pouco dependente de mim própria. Com o passar do tempo, e com o apoio da minha professora orientadora, criei estratégias para dar resposta às minhas necessidades. Reforcei a minha pesquisa a nível bibliográfico, questionei algumas colegas já EEER, esforcei-me por maximizar os momentos de orientação com a enfermeira orientadora e desenvolvi competências de proatividade na forma de gerir a minha aprendizagem. Aproveitei, também, a presença das outras colegas para trocar impressões

---

<sup>6</sup> As pessoas cujas artérias mamárias são dissecadas têm um risco acrescido de extravasamento de líquido para a pleura, podendo sofrer assim complicações pulmonares (Arcêncio, et al., 2008).



relativamente a alguns planos de cuidados, bem como relativamente à avaliação dos exames complementares dos utentes que me eram atribuídos.

Ao longo deste ensino clínico, tive oportunidade de debater algumas questões com a EEER, assim como com os restantes enfermeiros, acerca da importância da atuação da EEER neste serviço. Realizamos também algumas mudanças na forma como registávamos o plano de cuidados em cada utente, de forma a criar uma maior uniformização do plano terapêutico, permitindo assim uma continuidade do mesmo.

Verifiquei existir neste campo de estágio, um grande reconhecimento, por parte dos utentes e restantes profissionais da equipa (através de comentários verbalizados relativamente aos resultados obtidos), da importância do trabalho da EEER, apesar de esta nem sempre estar a desempenhar funções como tal, por imposição do serviço. Devido a esse fato, notei em variadas situações, um profundo sentimento de tristeza por parte da enfermeira de reabilitação pois não conseguia assim dar continuidade ao plano estabelecido para os utentes que ela cuidava. Perante o que observei, fiquei com algum receio relativamente ao que será o meu futuro como EEER, pois gostaria de ter oportunidade de realizar cuidados de reabilitação estruturados e continuados aos utentes que eu considerar que poderão beneficiar dos meus cuidados diferenciados.

Um dos aspetos que a EEER mais salientou, e que tive em atenção, foi que só obteríamos os resultados pretendidos se todos os cuidados e planos estabelecidos fossem devidamente fundamentados, desenvolvidos e aplicados com o objetivo de manter a continuidade dos mesmos. Concluí neste EC a primordial importância que a EEER assume no que se relaciona com a reabilitação precoce da pessoa que cuida. Verifiquei diariamente os resultados desse trabalho contínuo, na sequência de variadas intervenções como a realização de cuidados de reabilitação especializados à pessoa, a sua potencialização e capacitação, responsabilizando-a o mais precocemente possível para o seu autocuidado. Os esforços contínuos da minha parte e por parte da EEER, para a capacitação da pessoa carente desses cuidados eram constantemente compensados com os resultados obtidos, aliados aos agradecimentos da pessoa cuidada, que reconhecia o valor dos cuidados diferenciados que recebia.

O papel que a EEER desempenha é um papel de perito, que para Benner (2001) implica uma elevada capacidade de compreensão devido à sua grande experiência, percebendo cada situação de forma intuitiva, apreendendo assim o problema de forma direta sem se perder num elevado número de soluções e diagnósticos infundados. Tal como Hesbeen (2003) afirma, o principal objetivo da reabilitação é assegurar à pessoa incapacitada ou com *deficits*, bem como às pessoas que lhe são próximas, diferentes ações que permitem desvanecer, atenuar ou ultrapassar os fatores que geram essa desvantagem. Todas as intervenções de enfermagem de reabilitação serão fundamentais na promoção do processo de autocuidado no pós-operatório da pessoa submetida a CC. O autocuidado é o cuidado individual que as pessoas necessitam diariamente para regular o seu próprio funcionamento e desenvolvimento, sendo que este poderá ser afetado por diversos fatores: a idade, etapa de desenvolvimento, estado de saúde, condições ambientais e efeitos da atenção médica (Brito, Bachion, & Souza, 2008). Assim, o conjunto de intervenções realizadas na fase pré-operatória poderá revelar-se de primordial importância para a pessoa intervencionada, pois deste modo esta permitirá potencializar as suas capacidades para viver todo o conjunto de situações a que vai ser submetida.

A informação aqui transmitida foi sustentada por evidência que me serviu de suporte na análise desta problemática, que demonstra a grande importância que um programa de RFR assume no estado de saúde da pessoa. Cordeiro e Menoita (2012) corroboram este pensamento quando referem que os objetivos do ensino pré-operatório neste tipo de cirurgias tem como principais objetivos a diminuição da ansiedade, a melhoria das trocas gasosas e permeabilidade das vias aéreas, bem como o permitir à pessoa adquirir conhecimentos acerca de todo o procedimento e da forma como este processo irá decorrer (presença de drenos<sup>7</sup>, cateteres, soro, dor/desconforto).

Para desenvolver um programa de reabilitação adequado ao utente, é fundamental conhecer as suas características individuais e respetivas necessidades não só as relacionadas com esta afeção de saúde, como

---

<sup>7</sup> Os drenos pleurais reduzem o volume residual (VR), a capacidade pulmonar total (CPT), a capacidade vital e a capacidade residual funcional (CRF), levando à formação de atelectasias, com alteração da relação ventilação/perfusão (V/Q), da pressão parcial de gás carbónico e oxigénio no sangue arterial (Arcêncio, et al., 2008).

também como pessoas na sua essência inseridas num contexto bio-psico-social. Para a pessoa que vai ser submetida a CC, o período pré-operatório revela-se o mais difícil, pois esta tem pouca informação sobre a sua condição e todos os procedimentos a que irá ser submetida. Necessita assim, nesta fase, de desenvolver estratégias que permitam o aumento da sua autoconfiança através de ensinamentos que lhe possibilitem o desenvolvimento de estratégias para uma melhor gestão da sua situação.

Nas primeiras duas semanas de estágio no serviço de CCT, foquei a minha atenção no conhecimento da dinâmica do serviço, de forma a integrar-me na equipa multidisciplinar e na sua metodologia de trabalho, facilitando desta forma a minha capacidade para integrar um plano de reabilitação adequado à pessoa submetida a CC. Para isso, consultei processos clínicos, documentos de registos presentes nos mesmos, tal como discuti com a enfermeira orientadora qualquer dúvida ou aspeto menos claro da estrutura, organização do serviço e da gestão dos cuidados de enfermagem de reabilitação. Assisti às passagens de turno, para conseguir entender quais as pessoas que poderiam beneficiar da minha intervenção, no sentido de uma gestão eficaz dos cuidados de reabilitação.

Ao longo dos turnos, iniciei a minha intervenção através de uma observação participativa, tendo posteriormente progredido para uma prestação de cuidados direta. Tive assim oportunidade para planear e executar cuidados como EEER à pessoa que iria ser submetida a CC na fase pré-operatória, com maior ênfase na reeducação funcional respiratória, numa lógica de prevenção ou minimização das complicações pós-cirúrgicas. Realizei também intervenções de enfermagem ao nível da reeducação funcional motora, pelos riscos de imobilidade e posturas incorretas que podem advir após a cirurgia.

A personalização dos cuidados foi uma preocupação e um objetivo da minha intervenção. Consoante o caso de cada pessoa que iria ser intervencionada, foram realizados cuidados pré-operatórios na área da reabilitação que permitissem a promoção do autocuidado da mesma. McCormack e McCance (2010) referem a importância da compreensão do “projeto de vida” de outra pessoa que nos permite oferecer ajuda para a realização do mesmo. A pessoa cuidada tem um conjunto único de sonhos,

medos e esperanças. O cuidado centrado na pessoa é fundamental para a elaboração de um plano de cuidados adequado. Razão pela qual, ao longo do estágio prestei cuidados de reabilitação motora, além da RFR, de modo a satisfazer as necessidades da pessoa. Além de desenvolver a minha aprendizagem, enquanto futura EEER, tive como objetivo prestar cuidados centrado no cliente. Tive oportunidade, sempre que possível (quando a pessoa cuidada tinha família presente), de envolver a família nos cuidados. Ao longo do internamento, procurava realizar o ensino para a alta na presença da família. Assim, estes também se sentiam envolvidos no processo de promoção do autocuidado do utente.

O EEER realiza as intervenções terapêuticas com o intuito de melhorar o padrão funcional respiratório, minimizar as incapacidades, corrigir a postura e manter ou recuperar a sua autonomia e independência. O seu principal objetivo é restaurar (ou manter) um nível ótimo de funções a nível fisiológico, psicológico, social, ocupacional, emocional e de bem-estar do indivíduo. Para cada pessoa que tem ao seu cuidado, o objetivo do EEER é conceber, implementar e monitorizar planos de enfermagem de reabilitação personalizados, de modo a assegurar as capacidades funcionais do utente, evitando mais incapacidades, prevenindo complicações e defendendo o seu direito à qualidade de vida, à socialização e à dignidade, conseguindo assim maximizar a funcionalidade da pessoa. Desta forma, potencia o desenvolvimento pessoal do utente. Para tal, avalia, concebe planos, implementa intervenções, elabora programas individualizados, promove a reinserção social e reformula sempre que necessário todas as orientações, assumindo o papel de perito/líder na equipa de cuidados de reabilitação (CEER, 2010).

Para a implementação eficaz de planos de cuidados, senti necessidade de aprofundar conhecimentos na área da fisiopatologia, nomeadamente acerca das patologias e tipos de CC aqui realizadas (tanto tecnicamente como o tipo de sintomatologia decorrente de cada uma das afeções que a pessoa apresentava). Consultei bibliografia que me esclareceu algumas questões, como quais seriam as diferenças no plano de reabilitação pós-operatória numa cirurgia de revascularização do miocárdio comparativamente com um *bypass*

aorto-coronário. Tive também em conta todos os fatores de risco passíveis de influenciar a recuperação da pessoa cuidada. Considero que no planeamento e execução dos cuidados demonstrei autonomia de julgamento fundamentado na tomada de decisão em relação aos cuidados de enfermagem de reabilitação; envolvi a família e outros no sentido de assegurar a adesão dos utentes.

As complicações pulmonares pós-operatórias são qualquer evento que ocorre no período pós-operatório que provoca uma disfunção fisiológica ou uma alteração clínica. Este fato leva a uma multiplicidade de interpretações possíveis, pois poderá ser diagnosticado baseado em sintomas como tosse, febre, ruídos respiratórios, alteração de valores laboratoriais (hipoxemia, leucocitose<sup>8</sup>), ou critérios radiológicos (atelectasia ou infiltrado) (Branson, 2013). Para a grande maioria dos utentes, a CC dá origem a uma disfunção pulmonar, que poderá ou não evoluir para complicações pulmonares. Este possível quadro tem relação direta com a utilização de CEC, a indução anestésica, trauma cirúrgico, idade e tabagismo (Renault, Costa-Val, & Rossetti, 2008). Para um correto planeamento dos cuidados de reabilitação, considere sempre a primordial importância da semiologia clínica, e também da avaliação dos exames complementares de diagnóstico: visualização dos exames radiológicos, avaliação das gasometrias arteriais, avaliação das análises clínicas (nomeadamente os valores de *International Normalized Ratio* (INR), aquando das colocações de próteses valvulares), monitorização das saturações periféricas, tensão arterial, frequência cardíaca, sinais de dificuldade respiratória e traçado eletrocardiográfico (estes utentes permaneciam com vigilância por telemetria até à sua completa estabilização hemodinâmica).

Para um registo mais uniformizado das avaliações realizadas, foram utilizadas algumas escalas. Algumas já conhecidas no meu contexto da prática e outras, para mim alheias até à minha iniciação no CMEER. No que se refere às escalas utilizadas, estas foram: a avaliação da dispneia através da escala

---

<sup>8</sup>Devido à reação inflamatória decorrente da CEC, “ocorre nos pulmões um aumento do extravasamento de água extravascular causado pelas células inflamatórias, com preenchimento alveolar, levando à inativação do surfactante e ao colapso de algumas regiões, modificando a relação V/Q, alteração dos valores de PaO<sub>2</sub> e PaCO<sub>2</sub>, decréscimo na SaO<sub>2</sub> com considerável aumento no trabalho respiratório no período pós-operatório” (Arcêncio, et al., 2008, p. 402).

de Borg modificada, avaliação da força muscular através da escala de Lower, avaliação da dor através da escala numérica, risco de desenvolver úlceras de pressão através da escala de Braden e o risco de quedas através da escala de Morse. Como enfermeira generalista, tinha por hábito, trabalhar com as escalas de Braden e Morse. Como aprendiz como EEER, tive oportunidade de trabalhar com as escalas de Lower e Borg modificada.

Na sequência das ações previamente referidas, realizei, com a participação da pessoa cuidada, intervenções de enfermagem de reabilitação recorrendo a manobras e técnicas que se revelaram contributivas para o autocuidado da pessoa: controlo da respiração e dissociação dos tempos respiratórios (ajuda a pessoa para a consciencialização destes, para conseguir uma amplitude e ritmo respiratório adequado, com menor dispêndio de energia e benefício da ventilação); respiração abdómino-diafragmática (permitindo a diminuição do trabalho respiratório e excursão do diafragma); posições de descanso e de relaxamento (para relaxar a musculatura respiratória, cintura escapular, região cervical, membros superiores e auxiliar a respiração diafragmática); manutenção e permeabilização das vias aéreas (para manter/obter um padrão respiratório eficaz, quer através do mecanismo de eliminação de secreções brônquicas ou drenagem postural modificada); ensino do reflexo da tosse; contenção torácica; exercícios respiratórios; posicionamentos no leito; levantar; mobilização das extremidades; mobilização dos membros superiores e inferiores (para prevenção das limitações decorrentes da imobilidade e das posições viciosas, secundárias à dor e à possível presença de drenos).

As técnicas aqui enumeradas, numa fase inicial, representaram para mim algum grau de dificuldade. Superei estas dificuldades recorrendo ao apoio da enfermeira orientadora, até que me sentisse segura para as desenvolver de forma autónoma. De uma forma geral, a dissociação dos tempos respiratórios e a respiração abdómino-diafragmática, foram as técnicas em que os utentes manifestavam uma maior dificuldade de coordenação. A maior parte dos utentes expressou que estas técnicas eram difíceis de realizar (pela dificuldade de associar a abertura bucal à expiração ou a inspiração pelo nariz, de forma controlada), sendo necessário repeti-las para obter o resultado pretendido.

Utilizei como técnicas facilitadoras para o envolvimento e a participação da pessoa o “cheira a flor e apaga a vela”, o colocar as mãos da pessoa na sua própria região apical e epigástrica, para que conseguissem notar as diferentes fases. Alguns utentes conseguiram o resultado mais rápido que outros, mas é mesmo assim: cada pessoa é uma, e nesta situação é igual.

Esta experiência constituiu um excelente momento de aprendizagem, inserido já num contexto como EEER, sentindo desta forma uma constante necessidade de reajustar o meu planeamento de cuidados à pessoa, permitindo uma perceção diferenciada de cada uma das necessidades específicas da pessoa cuidada. Brito (2012) refere que a intervenção de enfermagem passa a ser uma necessidade quando a pessoa se considera incapacitada/limitada para providenciar autocuidado contínuo e eficaz. Nesse caso, esses cuidados poderão ser realizados pelo enfermeiro, quando as capacidades da pessoa se revelam diminutas para satisfazer alguma necessidade de cuidado ou se preveja uma relação futura de défice por calculáveis diminuições de capacidades do autocuidado, por exemplo por cirurgia. Conclui-se então que existe uma relação entre défice de autocuidado e a intervenção de enfermagem.

Senti uma sensação de “dever cumprido” sempre que cuidava de um utente e este no final apresentava francas melhorias. O primeiro utente no qual realizei um plano completo, marcou-me de uma forma bastante positiva, pois senti que realmente fiz a diferença para aquela pessoa, bem como no final ele acabou por me verbalizar que sentia um grande alívio após a minha intervenção. A sensação de que de dia para dia os utentes, que já tinha cuidado anteriormente, esperavam por mim para darmos continuidade ao nosso plano, era excelente. A melhoria clínica evidente, era também um fator de motivação para o meu empenho e dedicação.

Outra questão que verifiquei ser uma grande preocupação para a maioria destes utentes e que não deve ser descurada, é o retorno à sua atividade sexual. A Organização Mundial de Saúde (1997) citada por Schumann, Zellweger, Valentino, Piazzalonga, e Hoffmann (2010) refere que a qualidade de vida é definida como a compreensão subjetiva de uma pessoa sobre o seu modo de estar, no que diz respeito à cultura e sistema de valores que a pessoa

vive e sobre as expectativas da pessoa, objetivos e desejos. Este conceito multidimensional é influenciado pela saúde física, estado mental, relações sociais e crenças pessoais.

A atividade sexual é um componente importante da qualidade de vida e bem estar geral da pessoa submetida a CC (Schumann, et al, 2010). Verifiquei, nas pessoas que cuidei, uma preocupação com esta dimensão da sua vida, procurando sempre deixá-las confortáveis para esclarecer esse aspeto. Quando a pessoa cuidada aparentava vergonha para abordar o assunto, procurei de uma forma não evasiva, esclarecê-la, evitando assim dúvidas futuras no que se refere a esta temática.

Para fundamentar e estruturar a minha prática, elaborei alguns planos de cuidados ao longo deste EC, dois deles apresentados em anexo (Apêndice IX), nos quais é identificado o potencial de reabilitação de cada pessoa cuidada e realizado o planeamento de atividades de acordo com as suas necessidades específicas.

Um estudo realizado por Shakuri, et al. (2014) demonstra que a RFR pré-operatória de uma cirurgia cardíaca aberta poderá ter um efeito positivo na melhoria e qualidade da *compliance* respiratória no pós-operatório. Ao longo deste EC pude constatar os mesmos fatos (as pessoas que recebiam ensino pré-operatório, iniciavam os exercícios respiratórios mais cedo, de forma mais eficaz), visto que as pessoas que cuidava desde o pré-operatório até ao momento da alta não apresentaram agudizações, retomando o seu autocuidado mais rapidamente (nomeadamente, naquilo que diz respeito ao levantar, controlo da dor, autonomia nas AVD's, adaptação aos drenos no seu quotidiano, assim como uma perspetiva clarificada do que seria expectável no internamento). Considero desta forma que o trabalho aqui desenvolvido se revelou fundamental para a recuperação destas pessoas.

A enfermagem de reabilitação à pessoa submetida a CC permite o desenvolvimento das capacidades remanescentes da pessoa, perante os limites impostos pela diminuição da atividade ou restrição da participação, procurando reduzir o impacto da incapacidade. Assim,

“o prestador de cuidados tem por missão tentar ajudar a pessoa a criar uma maneira de viver portadora de sentido para ela e que seja compatível com a situação em que se



encontra, seja qual for o estado do seu corpo ou a natureza da sua afeção” (Hesbeen, 2003, p. 76).

Para o planeamento da intervenção do enfermeiro no âmbito da RFR, é fundamental o conhecimento dos fatores que podem influenciar a reabilitação da pessoa submetida a cirurgia. Só assim o enfermeiro conseguirá mobilizar as suas competências nesta área, de forma a prevenir ou corrigir as alterações respiratórias decorrentes da cirurgia. Entre os fatores destacam-se os cirúrgicos (anestesia geral, analgesia, dor, tempo de CEC<sup>9</sup> ou manipulação da cavidade abdominal – pela inibição reflexa do nervo frénico e consequente parésia do diafragma) (Cordeiro & Menoita, 2012).

A oportunidade que me foi oferecida para observar as CC foi fundamental para a minha capacidade de compreensão das pessoas submetidas a este tipo de cirurgia. A abertura costal com o respetivo afastamento, bem como o fato de se manipularem grandes vasos e a secção de um conjunto de músculos, alguns dos quais responsáveis pela função respiratória, fez-me refletir e procurar uma atenção especial no meu planeamento das atividades. Este aprofundamento de conhecimentos sobre esta temática, permitiu-me adquirir uma visão mais abrangente, de forma a realizar um planeamento adequado a cada situação e pessoa cuidada, agora como futura EEER.

O EEER assume, junto da pessoa submetida a CC, um papel de primordial importância, desenvolvendo atividades que pretendem a aquisição de competências, no sentido de procurar que esta viva o mais autónoma possível, estimulando o seu autocuidado, prevenindo complicações, motivando-a para que assuma o papel principal no que concerne à sua saúde, favorecendo assim a sua reintegração social e profissional, respeitando os seus desejos e o seu projeto de vida.

Existe uma necessidade crescente de os enfermeiros valorizarem e promoverem o autocuidado da pessoa, através da reconstrução da sua autonomia, após a vivência de transições causadoras de dependência. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (ICN, 2005,

---

<sup>9</sup> Nas pessoas submetidas a cirurgia com circulação extracorporeal (CEC), podem ocorrer reações inflamatórias desencadeadas por este procedimento que provocam deterioração da função pulmonar no pós-operatório. A exposição à hipotermia durante a CEC também afeta a função pulmonar (Arcêncio, et al., 2008).

p.46) define autocuidado como “atividade executada pelo próprio com as características específicas: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária”. Orem (2001), refere que os fatores intrínsecos à pessoa (idade, sexo, orientação sociocultural, satisfação com a vida, autoestima, percepção de autoeficácia, capacidade funcional, capacidade cognitiva) e os fatores extrínsecos (recursos familiares e da comunidade disponíveis, ambiente, a pessoa significativa e as terapêuticas de enfermagem) têm forte relação com a capacidade para o desempenho do autocuidado.

Todo o programa de RFR elaborado para cada pessoa, deverá ter em conta as características/necessidades específicas da mesma. Para a realização de um plano adequado a cada pessoa, contei, inicialmente com o apoio da EEER, que se revelou fundamental para a minha prática, pois só assim fiquei certa que estaria a elaborar um plano de forma fundamentada e adequada à pessoa. Senti necessidade, em vários momentos de debater com a EEER acerca da interpretação de achados radiológicos, bem como da auscultação de sons pulmonares que me permitiu consolidar conhecimentos, até então para mim apenas conhecidos na bibliografia consultada. A interpretação laboratorial dos valores de INR era também importante nas pessoas submetidas a colocação de próteses valvulares, pelo risco de hemorragia subjacente às manobras que poderia realizar.

Para que este programa fosse realizado de uma forma eficaz, existe um conjunto de técnicas que se constituem fundamentais para a eficácia dos cuidados prestados pelo EEER à pessoa submetida a CC, e que servem de fio condutor ao trabalho iniciado no pré-operatório:

- **Drenagem postural modificada** (existe pouca tolerância da pessoa submetida a CC à drenagem postural clássica por dor e dispneia) (Pasquina, Tramèr, DPhil, Granier, & Walder, 2006);
- **Tosse dirigida/assistida**: a pessoa foi orientada para realizar a contenção do tórax, abraçando o tronco de uma forma eficaz ou recorrendo ao colete torácico, devendo fazer uma inspiração profunda e tossir fortemente, mantendo a boca aberta. Esta permite assim uma higiene brônquica para a remoção de secreções (Arcêncio, et al., 2008);

- **Ciclo Ativo das Técnicas Respiratórias (CATR):** utilizado para mobilizar e limpar o excesso de secreções brônquicas e para promover a função pulmonar. É um ciclo em que é utilizado o controlo da respiração, exercícios de expansão torácica e técnica de expiração forçada (Pryor & Webber, 2001);
- **Percussões pulmonares** (o seu objetivo é mobilizar as secreções pulmonares viscosas, promovendo a sua mobilização para uma região superior da árvore brônquica, facilitando a eliminação das secreções), **vibração** (tem como objetivo mover secreções já livres na árvore brônquica em direção aos brônquios de maior calibre, promovendo a eliminação de secreções), **compressão expiratória** (o objetivo é desinsuflar os pulmões através da diminuição do espaço morto e consequente diminuição do volume residual, aumento do volume corrente e maior ventilação pulmonar, promovendo a oxigenação do sangue; existe também uma promoção da expansibilidade da caixa torácica, uma ajuda na mobilização de secreções, bem como na fase final, um estímulo do reflexo da tosse pela tendência de colapso das vias aéreas) (Liebano, Hassen, Racy, & Corrêa, 2009);
- **Controlo da dor** através da estimulação para a mobilização da pessoa, dando orientações quanto ao posicionamento no leito, às formas para se sentar e levantar com segurança e também proteção da incisão cirúrgica durante os esforços (Cordeiro & Menoita, 2012);
- **Mobilização** (beneficia o transporte de oxigênio, reduz os efeitos do imobilismo e do repouso, com atividades terapêuticas progressivas, como exercícios fisioterapêuticos na cama, treinar a pessoa para sentar à beira do leito, ortostatismo, transferência para a cadeira e deambulação; a RFM precoce procura também diminuir o tromboembolismo, com exercícios passivos, ativo-assistidos e resistidos, além de ter, como objetivos, a manutenção da amplitude articular, o tônus muscular, a força e a função muscular) (Mussalem, et al., 2014);
- **Reeducação costal** (conjunto de técnicas cujo objetivo é melhorar o padrão ventilatório; dependendo das áreas a tratar, bem como do posicionamento das mãos da EEER, a técnica assume uma designação específica: superior, inferior, porção posterior, global) (Cordeiro & Menoita, 2012). Tive oportunidade

de realizar estes exercícios sempre que prestei cuidados de reabilitação aos utentes que me eram atribuídos.

Todo este conjunto de exercícios terapêuticos revelou-se fundamental para a sistematização e prestação de cuidados de reabilitação eficazes, permitindo desta forma uma melhoria clínica e sintomatológica constante dos utentes sob a minha responsabilidade.

Atualmente, a reabilitação à pessoa submetida a CC surge como uma atividade multidisciplinar que exige uma variedade de competências, de forma a articular o tratamento cirúrgico e a educação para a saúde, com base na diminuição dos fatores de risco e na prevenção secundária.

Para cada pessoa que tive a meu cuidado, concebi, implementei e monitorizei planos de ER diferenciados, assegurando as capacidades funcionais da pessoa, evitando eventuais incapacidades, prevenindo complicações, defendendo o seu direito à qualidade de vida, à socialização e à dignidade, assumindo assim o papel de educador, gestor de casos, conselheiro, defensor dos seus direitos mas, também, o de investigador, capacitador, líder, moderador, perito e membro da equipa (CEER, 2010). Os objetivos preconizados para o EC foram atingidos e, em termos da aquisição de competências, enquadram-se no seguinte domínio: **J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados**<sup>10</sup> (CEER, 2010).

O serviço de cirurgia cardiotorácica permitiu-me aprofundar conhecimentos numa grande variedade de situações e patologias, não só cardíacas, como também torácicas. Apesar de todas as dificuldades sentidas no decorrer deste ensino clínico, considero que este foi muito importante, não só para a minha prática diária, como também para o meu percurso como futura EEER. Verifiquei a grande capacidade de resposta às necessidades individuais de cada pessoa, por parte da equipa multidisciplinar. Existe um cuidado de

---

<sup>10</sup> Este domínio preconiza a aquisição das seguintes competências: **J1.1. - Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades; J1.2. - Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade; J1.3. - Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade; J1.4. - Avalia os resultados das intervenções implementadas.**

todos os elementos para responder às necessidades individuais da pessoa submetida a cirurgia, bem como da respetiva família, havendo sempre uma preocupação em entender as melhores soluções para a pessoa aquando do seu regresso à sua realidade social/pessoal.

### 1.3 – Aprender a ser enfermeiro especialista

A reabilitação é um processo complexo que carece de uma abordagem multidisciplinar <sup>11</sup> e interdisciplinar, suportada pela teoria existente. Os numerosos modelos e teorias de enfermagem fornecem suporte para os enfermeiros de reabilitação e outros profissionais para a sua prática do cuidar e respetiva investigação (Hoeman, 2011). A visibilidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação tem relação direta com a uniformização de técnicas através de linhas orientadoras e procedimentos. Os enfermeiros suportam a sua prática profissional em modelos e teorias que lhes garantem uma visão aprofundada sobre os fenómenos, de modo a garantir uma resposta contínua às mudanças que surgem nas diversas circunstâncias dos cuidados de enfermagem. Segundo a teoria do défice de Autocuidado de Orem, os enfermeiros de reabilitação dão menos relevância ao controlo da pessoa, de forma a serem capazes de apoiar a aquisição de competências da mesma ou respetiva família, de forma a que o cuidado seja providenciado no sentido de ir ao encontro das necessidades e preferências definidas pela pessoa (Hoeman, 2011).

Assim, considero alcançados os objetivos propostos e adquiridas as competências gerais dos seguintes domínios: **A) Responsabilidade profissional, ética e legal**<sup>12</sup> e **C) Gestão dos Cuidados**<sup>13</sup> (OE, 2010).

---

<sup>11</sup> Uma equipa multidisciplinar é caracterizada por metas específicas estabelecida por cada disciplina constituinte, existindo fronteiras claras entre estas. Aqui, os resultados obtidos dependem do somatório dos resultados de cada uma. Neste caso, a comunicação é fundamental.

<sup>12</sup> Este domínio abrange as seguintes competências: **A1) desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; A2) promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.**

Considero que desenvolvi, neste EC a minha autonomia e responsabilidade como futura EEER.

Finda esta etapa da minha aprendizagem e construção pessoal, dou por mim a refletir sobre a questão que coloquei a mim mesma quando iniciei a referida etapa: “afinal, o que é um enfermeiro especialista em reabilitação...?”. A ciência de enfermagem é socialmente traçada no contexto das interações que incidem entre o enfermeiro e a pessoa alvo do cuidar. Cuidar em enfermagem está relacionado com a intervenção profissional do enfermeiro junto da pessoa ou terapêutica de enfermagem, fazendo parte de um processo de intervenção que tem como objetivo contribuir para o bem-estar da pessoa cuidada ou respetivos cuidadores diretos (Basto, 2012). No âmbito legal, um enfermeiro especialista é um enfermeiro detentor de um conhecimento aprofundado num domínio particular da enfermagem, sendo as suas habilitações um aprofundamento dos conhecimentos e competências do enfermeiro de cuidados gerais (OE, 2010).

Le Boterf (2005) refere que o conceito da prática é concebido como decorrente do cruzamento dos contextos da pessoa (enfermeiro), da profissão (modelos profissionais/teóricos) e da ação (modelos adotados pelas respetivas organizações, situação de saúde da pessoa cuidada e relações intergrupais – enfermeiros, médicos e outros), todos influenciados pelo sistema sociopolítico (no qual se insere o sistema de saúde). Basto (2012) refere que a ação profissional dos enfermeiros e de outros profissionais, demonstra uma base cognitiva a qual assenta no conhecimento e reconhecimento, no pensar da ação, nos costumes, num sentido prático que se deve fazer numa determinada situação, de forma a ser capaz de antecipar a intencionalidade da sua ação bem como de processos utilizados. Um enfermeiro especialista é aquele que procura dar resposta a uma situação baseado numa experiência vivida e não com regras, procedimentos ou normas orientadoras. A sua intervenção demonstra ser segura, complexa e espontânea, uma vez que deixa de ser um simples espetador e passa a ser mediador ativo, tanto no reconhecimento das necessidades como nas suas respostas a cada situação específica.

---

<sup>13</sup> Este domínio abrange as seguintes competências: **B1) desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; B3) cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.**

A minha experiência profissional de quase 8 anos, as experiências vividas e atividades desenvolvidas nos estágios clínicos, assim como toda a pesquisa pessoal realizada permitiram a aquisição de competências enquanto EEER. Procurei basear a minha prática neste percurso na teoria do défice de autocuidado de Orem, de forma a promover a capacitação da pessoa no processo do seu autocuidado, bem como os seus familiares/cuidadores. A prática de enfermagem é fundamentada com o pensamento crítico, o domínio de conhecimentos e competências, bem como com a integração das teorias e investigação, comprometendo-se desse modo a uma aprendizagem ao longo da vida. Tal aprendizagem é indispensável para a consecução da qualidade dos cuidados.

Seguidamente enumero em suma, as competências adquiridas ao longo deste percurso: **A. Responsabilidade profissional, ética e legal (A1, A2); B. Melhoria da qualidade de cuidados (B1, B3); C. Gestão de cuidados (C1); D. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D1, D2); J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados (J1.1, J1.2, J1.3, J1.4); J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania (J2.1); J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (J3.1, J3.2).**

Neste subcapítulo, centrei-me nas competências gerais do enfermeiro especialista adquiridas como discente durante o percurso formativo para obtenção do grau de especialista em enfermagem de reabilitação. Seguidamente farei uma breve avaliação sobre os estágios clínicos e sobre as limitações, constrangimentos e fatores facilitadores de todo este processo.

## **2 – AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM**

Este momento da minha construção pessoal e profissional constituiu um longo e difícil caminho a percorrer, sendo que senti alguma desmotivação, medo e desânimo em algumas fases desta caminhada. Senti necessidade de muito estudo, muita reestruturação de ideias, muita pesquisa bibliográfica, bem como de muita reflexão sobre a minha prática, e sobre a minha forma de estar e ser, como profissional que sou.

A dificuldade por mim mais sentida para a concretização deste trabalho teve uma natureza metodológica, dado o caráter científico para este exigido. Penso ter conseguido ultrapassar essa dificuldade com o trabalho e pesquisa contínua. No que se refere aos objetivos de estágio, procurei basear a minha prática e o meu trabalho na metodologia de projeto, tendo por base um referencial teórico que considerei pertinente e adequado à prática que pretendia desenvolver. Considero que este se revelou pertinente, tendo sido bastante útil para a fundamentação da minha prática, assim como para servir de guia para o levantamento das necessidades de cada pessoa com que me deparei.

Alguns domínios (designadamente, os que dizem respeito às competências específicas do EEER) foram mais desenvolvidos que outros, de acordo com as minhas necessidades e expectativas pessoais. No futuro, pretendo vir a ter oportunidade de desenvolvê-los pois, apesar de já estarem patentes como enfermeira generalista, não o estão da mesma forma como especialista. Já Benner (2001) referia que, ao mudarmos de contexto, regressamos à posição de iniciado, mesmo que no serviço onde exercemos funções já sejamos considerados um perito. E é neste fato que se encontra todo o encanto da enfermagem, na evolução contínua do profissional de enfermagem e da disciplina que é a enfermagem.

O EEER tem competência técnica e comportamental, provenientes da sua prática assitencial e académica, para prestar assistência de qualidade às pessoas com incapacidades, que se encontrem num serviço de internamento, ambulatório ou domicílio (Faro, 2006). Ainda a mesma autora refere que o enfermeiro de reabilitação é especialista no cuidado direto à pessoa com



deficiência física e com incapacidade, avaliando o estado de saúde da pessoa e ajudando a determinar objetivos a curto, médio e longo prazos. Para a sua formação são essenciais as ciências física, social e comportamental, desenvolvendo atitudes para questionar as pessoas com incapacidades.

Tive oportunidade de demonstrar uma participação segura, consciente e crítica nos cuidados de ER que prestei, permitindo assim uma melhoria da qualidade dos cuidados à pessoa submetida a cirurgia cardíaca. Apesar de ter sentido uma necessidade redobrada de pesquisa e investimento pessoal, consequente da indisponibilidade esporádica da enfermeira orientadora, considero ter sido eficaz, adequada e dinamizadora na minha intervenção à pessoa submetida a CC. Assumi também um papel dinamizador na continuidade dos cuidados de ER, de forma a assegurar a manutenção ou melhoria dos mesmos, através da transmissão de ocorrências e registos de ER fossem eles em formulário próprio, na CIPE ou, ainda, no SAPE e, também, através da articulação com outros serviços, instituições e com a comunidade, assegurando a continuidade de cuidados e alertando os enfermeiros generalistas para a vigilância de determinadas técnicas ou situações, possíveis de desenvolver durante os restantes turnos, ou mesmo os cuidadores na comunidade.

Na UCC surgiu a necessidade de aprofundar os conhecimentos sobre posicionamentos, transferências e ergonomia dos cuidadores. Foi proposta a realização de algumas ações de formação nesse sentido, tendo sido ainda elaborado o suporte informático das mesmas. Pelo fato de não nos ter sido permitido a realização das mesmas, não conseguimos colmatar esta necessidade. Igualmente, tentamos dinamizar a mobilidade e estímulo cognitivo dos idosos desta comunidade através de um projeto inserido nesta temática que não nos foi permitido desenvolver, também pela ausência de agendamento do mesmo em tempo útil. O exercício de funções como EEER exige não só uma consciência ético-deontológica apurada, como também uma atualização constante de conhecimentos técnico-científicos. Para a realização destas, fundamentamo-nos em artigos científicos e normas instituídas pelas entidades competentes, como a OE e o CEER. Com estes projetos procurámos desenvolver a competência comum inserida nos domínios do enfermeiro

especialista: **D) o desenvolvimento das aprendizagens profissionais**<sup>14</sup> (OE, 2010).

Durante o EC, recordo determinados momentos em que senti a necessidade de promover uma mobilização da pessoa submetida a CC ou cirurgia torácica, bem como do incentivo para a tosse, ou respetiva hidratação, entre os restantes demasiados cuidados. Hoje, considero ter uma atitude completamente diferente na minha prática diária, tal como na minha reflexão sobre as necessidades da pessoa e família. Tenho uma atitude num outro nível de cuidados mais diferenciados, procurando prestar cuidados diferenciados à pessoa submetida a CC, torácica ou abdominal alta (estes últimos carecem também de RFR no período pós-operatório). Procuro também explicar aos enfermeiros os cuidados imediatos a prestar a estas pessoas e também algumas estratégias básicas para a reabilitação dos mesmos. Foi-me possível adquirir um vasto conjunto de conhecimentos e aprendizagens, motivadas sobretudo pela professora tutora e também pela EEER orientadora, contribuindo assim para um maior interesse e um crescente entusiasmo relativamente a estes cuidados tão específicos que, sem sombra de dúvida, podem beneficiar a pessoa cuidada.

Tive oportunidade de aferir que o EEER é um pilar na equipa de enfermagem, dada a sua capacidade de liderança e tomada de decisão baseada em conhecimentos específicos e marcados, que vão permitir uma prestação de cuidados com o objetivo de promover o êxito do processo de promoção do autocuidado da pessoa, respeitando-a em toda a sua entidade, em completa ligação com os cuidadores e restante equipa. Realmente pude testemunhar isso mesmo nos dois EC realizados: a EEER gere a equipa de enfermagem relativamente aos cuidados prestados, avaliando a sua eficácia através de uma monitorização diária da qualidade dos mesmos, modificando-os de cada vez que os mesmos não geravam os resultados ambicionados. A necessidade de uma prestação de cuidados em ER é muitas vezes requisitada (quer pelos enfermeiros, quer pelos médicos) e confirma-se uma autonomia na

---

<sup>14</sup> Este domínio abrange as seguintes competências: **D1) desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; D2) baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.**

decisão de quem beneficiará deste tipo de cuidados e qual o programa de reabilitação a executar, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados da instituição onde está incluído.

Na sequência da avaliação realizada, com o auxílio da professora orientadora, e também das enfermeiras orientadoras do serviço de cirurgia cardiotorácica e UCC, considero que os resultados atingidos em estágio clínico foram bastante positivos, pois as experiências permitiram-me mobilizar os conhecimentos adquiridos ao longo de todo o percurso, dotando-me de competências que me possibilitem assumir o papel de EEER.

Apesar das inúmeras ocasiões em que me questionei, numa fase inicial, acerca da importância da reflexão, considero hoje que o recurso ao ciclo de Gibbs permitiu a reflexão e consciencialização dos sentimentos gerados permitindo que estas constituíssem uma preciosa “ferramenta” para a construção deste relatório. Esta prática reflexiva faz-nos pensar sobre a nossa prática, analisando as nossas atitudes, sentimentos, valores, comportamentos e crenças, facilitando a reorganização da nossa direção, levando assim ao desenvolvimento das competências específicas do EEER.

A realização e desenvolvimento/ajustamento contínuo dos planos de cuidados/intervenção constituiu uma forma de cooperar para o desenvolvimento de um programa de reabilitação da pessoa ao meu cuidado e, simultaneamente, aumentar a minha responsabilidade por meio de conhecimentos fundamentados na evidência científica. Tive sempre presente a necessidade de articular a prática agora vivenciada à luz da teoria de enfermagem que norteou o meu desempenho enquanto estudante do CMEER.

Durante todo o percurso dos estágios clínicos recorri a um conjunto de orientações provenientes da teoria do autocuidado de Orem, que permitiram balizar os meus procedimentos, fornecendo assim um suporte teórico-prático para o meu planeamento de atividades, com o objetivo da promoção do autocuidado da pessoa com limitações. Brito (2012, p. 25) afirma que

“O autocuidado é, de acordo com Orem, uma função humana reguladora que os indivíduos têm de desempenhar por si próprios, ou que alguém a executa por eles, para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar. É aprendido e executado deliberada e continuamente de acordo com as necessidades dos indivíduos. Estas

condições estão associadas ao estágio de crescimento e desenvolvimento, estados de saúde, características específicas de saúde, com a cultura e com fatores ambientais”.

De igual forma, a concretização dos objetivos previamente definidos, permitiu o desenvolvimento de conhecimentos e competências que possibilitaram o meu desenvolvimento pessoal e profissional, contribuindo assim para uma melhor prestação dos cuidados de enfermagem, nomeadamente na área da enfermagem de reabilitação e, mais concretamente, no cuidar especializado da pessoa submetida a cirurgia cardíaca.

A reabilitação permite à pessoa cuidada readquirir capacidades e competências que lhe garantam uma melhoria da sua qualidade de vida e perspetiva de vida, atingindo assim o conjunto de objetivos pela própria e pelo EEER, de acordo com as suas potencialidades. Desta forma, o EEER demonstra ser “especialista em pequenas coisas” as quais contribuem para dar sentido à vida e alimentar a esperança da pessoa cuidada (Hesbeen, 2003).

No que se refere a sugestões futuras, proponho a concretização e publicação de estudos de investigação na área da cirurgia (estudos de caso, ensaios clínicos), dado que constatei existir pouca evidência científica ao nível da enfermagem de reabilitação, em Portugal. Cada vez mais, esta é uma área fulcral para o desenvolvimento da prática do EEER, quer, pelo aumento do número de cirurgias e sua respetiva complexidade, quer, pelas várias e possíveis complicações que decorrem dessas intervenções. Gomes, Rocha, Martins, e Gonçalves (2014, p.4) referem que

“A investigação é o motor impulsionador de qualquer profissão, pelo que é através desta via que os profissionais de enfermagem na área de reabilitação poderão demonstrar o seu contributo específico e insubstituível para ganhos em saúde na discussão da qualidade dos cuidados de saúde, nomeadamente, determinar as diretivas e condições para os serviços de enfermagem alcançarem os padrões da qualidade”.

Torna-se então fundamental a sensibilização dos EEER para o desenvolvimento de respostas nesta área, com programas de enfermagem de reabilitação, através da fundamentação e adequação de cuidados de enfermagem resultantes desse conhecimento, sempre com o objetivo de garantir uma promoção do autocuidado e da qualidade de vida destas pessoas com necessidades de cuidados específicos.

### **3. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPETIVAS FUTURAS**

A conclusão de um trabalho origina sempre um misto de sentimentos. Por um lado, a felicidade/contentamento pelo trabalho realizado, objetivos atingidos e realizações concretizadas, mas por outro lado fica o sentimento e consciência de que muito mais haverá para descobrir e conhecer no vasto mundo recém-descoberto. Assim, entendo que haverá muito mais para aprender e conhecer e que este é apenas o início de uma grande caminhada que pretendo realizar.

Este percurso causou em mim várias mudanças: tanto a nível profissional, como cognitivo, e também a minha forma de pensar e estar em variadas situações da minha vida pessoal e profissional. Hoje tenho uma responsabilidade acrescida, de dar resposta a uma multiplicidade de situações de uma forma fundamentada com rigor técnico e científico. Neste meu processo de aprendizagem, e apesar de ainda não ter experiência como EEER, identifico sinais de progresso que apontam nesse sentido, nomeadamente, ao nível do desenvolvimento de estratégias competentes para me ajudarem na compreensão de situações para as quais não tinha anteriormente sensibilidade, bem como ao nível da redefinição da minha identidade de enfermeira generalista para EEER.

Atualmente, consigo responder e identificar situações a que anteriormente não conseguia, assim como assumir a responsabilidade por algumas das terapêuticas de enfermagem instituídas à pessoa, com o objetivo de alcançar um resultado positivo e saudável com qualidade de vida e bem-estar. A teoria de Orem é classificada como uma teoria cujo principal foco fornece uma estrutura para avaliar as necessidades das pessoas e desenvolve uma intervenção no reforço da capacidade das pessoas para gerir o cuidado diário de si e seus dependentes, e conservar a sua energia e integridade estrutural, pessoal e social (Meleis, 2012). Considero que esta se revelou um importante suporte para esta minha etapa de crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional, na procura constante do autocuidado das pessoas que cuido no meu dia-a-dia.

A possibilidade de desenvolver as minhas atividades no contexto hospitalar e da comunidade, permitiu-me obter uma visão mais realista e abrangente acerca do completo leque de soluções para cada situação com que me deparei, entendendo assim toda a abrangência que a área da enfermagem de reabilitação poderá apresentar. Considero, finda esta etapa do meu percurso de aprendizagem, que atingi os objetivos a que me propus no meu projeto de estágio, tal como outros que considere pertinentes de formular para mim própria sempre que considerado adequado para a minha construção do saber. Além do desenvolvimento das minhas competências e conhecimentos como EEER na intervenção à pessoa submetida a cirurgia cardíaca, considero também fundamental salientar a primordial importância do papel assumido pelo EEER na comunidade, o qual até então era para mim completamente desconhecido. Aprendi muito nestes contextos de ensino clínico, os quais me forneceram um leque de conhecimentos e ferramentas fundamentais para o meu percurso futuro como EEER. Sinto-me hoje motivada para mudar a minha atuação e forma de estar no meu contexto de trabalho, assim como a minha atitude perante uma diversidade de situações com que me deparo no meu dia-a-dia.

Estas aprendizagens resultam em ganhos de competências e, naturalmente, num aumento de capacidade profissional. Têm, portanto, um reflexo direto na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados em situações de contexto hospitalar e comunitário. No ato de aprender está sempre subentendido um compromisso, um desejo de crescimento permanente, a par da capacidade de autoconhecimento, experiências vividas, desconstrução e reconstrução de ideias/formas de estar. A importância atribuída pelos enfermeiros à aprendizagem e necessidade de formação permanente, com recurso a casos reais de forma dinâmica, são essenciais para o exercício destas competências e para a excelência do exercício profissional (Gomes et al, 2014).

Reabilitar não é a pessoa voltar à sua situação inicial, mas sim adaptar-se à sua nova situação de saúde. Como perspetivas futuras para dar continuidade a este trabalho, deixo o mesmo disponível para consulta, para os colegas que futuramente manifestem desejo de aprofundar conhecimentos na área da RFR

à pessoa submetida a CC. A nível de contexto de trabalho, pretendo desenvolver formação aos enfermeiros, no âmbito do levante e estimulação para a realização de exercícios para a promoção da expansão pulmonar, não só da pessoa submetida a CC como a qualquer tipo de cirurgia abdominal alta. Deteto aqui uma grande lacuna de conhecimentos, pelo que pretendo incentivar e orientar os meus pares no que se refere à primordial importância destes cuidados para a pessoa cuidada.

Em jeito de conclusão, surge a questão se hoje sou uma enfermeira mais competente. Sei que sou uma enfermeira completamente diferente daquela que se inscreveu no CMEER, em 2013. Quando os professores referiam nas aulas que com o passar do tempo, o “bichinho da reabilitação” iria entrar dentro de nós e mudar a nossa prática e a nossa forma de estar, tinha alguma dificuldade em acreditar, mas hoje sinto-me bastante motivada para percorrer este caminho tão abrangente e compensador que a enfermagem de reabilitação me poderá proporcionar, pois sinto que adquiri ferramentas necessárias, para com um investimento contínuo, fazer a diferença para as pessoas que cuido.

Comprova-se que refletir sobre a prática, recorrer à evidência científica e fundamentar de forma coerente toda a prática, é essencial para construção da Enfermagem como uma ciência fundamentada.

Sinto-me feliz com a opção que tomei quando entrei no caminho da enfermagem de reabilitação. Presentemente, tenho plena noção que os professores tinham toda a razão.

## BIBLIOGRAFIA

- Administração Central de Sistemas de Saúde (ACSS). (2013). Relatório da atividade cirúrgica programada 2012. Acedido em 8/06/14. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/UCGIC%20TL%202pdf.pdf>
- American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation (2004). *Guidelines for cardiac rehabilitation and secondary prevention programs* (4th ed.). Champaign: Human Kinetics.
- American Heart Association Heart Failure Society of America (Maio de 2015). Heart Failure Management in Skilled Nursing Facilities. *circ heart failure*, pp. 1-33. doi:10.1161/HHF.0000000000000005
- American Thoracic Society European Respiratory Society (2006). American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement on Pulmonary Rehabilitation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 173, pp. 1390-1413. doi:10.1164/rccm.200508-1211ST
- Arcêncio, L., de Souza, M. D., Bortolin, B. S., Fernandes, A. C., Rodrigues, A. J., & Evora, P. R. (2008). Cuidados pré e pós-operatórios em cirurgia cardiorácica: uma abordagem fisioterapêutica. *Rev Bras Cir Cardiovasc*, 23, pp. 400-410. doi:RBCCV 44205-1007
- Basto, M. L. (2012). *Cuidar em Enfermagem - saberes da prática* (1ª Edição ed.). Coimbra: Formasau - Formação e saúde, Lda.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem (Edição Comemorativa)*. Coimbra: Quarteto Editora. doi:170 915/01
- Benner, P., Tanner, C., & Chesla, C. (2009). *Expertise in Nursing Practice - Caring, Clinical Judgment & Ethics* (2ª ed.). New York, USA: Springer Publishing Company, LLC.



- Branson, R. (Novembro de 2013). The scientific basis for postoperative respiratory care. *Respir Care*, 58, pp. 1974-84. doi:10.4187/respcare.02832
- Brito, M. A. (2012). *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado - uma teoria explicativa*. Porto: Instituto de Ciências da Saúde.
- Brito, M. A., Bachion, M. M., & Souza, J. T. (04/07/2008). Nursing diagnoses of most incidence on people with spinal cord injury in the context of outpatient care through an approach based on Orem Theory [Portuguese]. *Revista Eletronica de Enfermagem*, 13-28. doi:2009932576
- Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (20/10/2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Obtido em 06 de Junho de 2014, de Ordem dos Enfermeiros: [http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Paginas/MCEEdeR\\_Legislacao.aspx](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Paginas/MCEEdeR_Legislacao.aspx)
- Cordeiro, M. d., & Menoita, E. C. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, princípios e técnicas* (1ª ed.). Loures: Lusociência.
- Coronel, C. C., Bordignon, S., Bueno, A. D., Lima, L. L., & Nesralla, I. (25 de 2 de 2010). Variáveis perioperatórias de função ventilatória e capacidade física em indivíduos submetidos a transplante cardíaco. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, 190-196.
- Cunha, I. C., & Neto, F. R. (Julho-Setembro de 2006). Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio? *Texto Contexto Enferm*, 3, pp. 479-82.
- Direção Geral de Saúde (2013). *Portugal – Doenças cérebro-cardiovasculares em números – 2013*. Lisboa: Letra Solúvel – Publicidade e Marketing, Lda.

- Faro, A. C. (2006). Enfermagem em Reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber - À beira do leito. *Rev Esc Enferm USP*, 40, pp. 128-33. Obtido de [www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/)
- Fernandes, M. T. (1999). Metodologia de Projecto. *Servir. Volume 47. N.º 5*, 233-236.
- Galdeano, L., Rossi, L. A., Santos, C. B., & Dantas, R. A. (Março de 2006). Diagnósticos de enfermagem no perioperatório de cirurgia cardíaca. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 40, pp. 26-33. doi:10.1590/S0080
- Gomes, B., Rocha, M. d., Martins, M. M., & Gonçalves, M. N. (2014). *Investigação em Enfermagem de Reabilitação: um novo conhecimento para guiar a prática de cuidados*. Porto: ESEP.
- Guizilini, S., Gomes, W. J., Faresin, S. M., Bolzan, D. W., Alves, F. A., Catani, R., & Buffolo, E. (20 de Maio de 2000). Avaliação da função pulmonar em pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio com e sem circulação extracorpórea. *Braz J Cardiovasc Surg*, pp. 310-316.
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação: Criar novos caminhos*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, intervenção e resultados esperados* (4.ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- International Council of Nurses (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Geneva: ICN.
- Jayadevappa, R., & Chhatre, S. (2011). Patient centered care - A conceptual model and review of the state of art. *The Open Health Services and Policy Journal*, 4, 15-25.
- Kitson, A., Marshall, A., Bassett, K., & Zeitz, K. (12 de Maio de 2012). What are the core elements of patient-centred care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. (B. P.

- Ltd, Ed.) *Journal of Advanced Nursing*, pp. 4-15. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.06064.x
- Le Boterf, G. (2005). *Construir as competências individuais e coletivas - Resposta a 80 questões* (1ª ed.). Porto, Portugal: ASA. doi:223 904/05
- Leite, V. B., & Faro, A. C. (Março de 2005). O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. *Rev. esc. enferm. USP*, 39(Relato de Experiência), 92-96. doi:10.1590/S0080-62342005000100012
- Leite, V. B., & Faro, A. C. (2005). O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. *Rev Esc Enferm USP*, 1, pp. 92-96.
- Liebano, R. E., Hassen, A. M., Racy, H. H., & Corrêa, J. B. (jan./fev. de 2009). Principais manobras cinesioterapêuticas manuais utilizadas na fisioterapia respiratória: descrição das técnicas. *Rev. Ciênc. Méd.*, 18, pp. 35-45. Obtido em 21 de Abril de 2015, de <http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/652/632>
- McCormack, B., & McCance, T. (2010). *Person-Centred Nursing: Theorie and Pactice*. United Kingdom: Wiley-Blackwell. doi:610.730699—dc22
- McCormack, B., & McCance, T. V. (14 de Abril de 2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Nursing theory and concept development or analysis*, pp. 472-479.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: development and progress* (5th ed.). Pennsylvania: Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.
- Ministério da Saúde (2013). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016 - Versão Resumo*. Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, Lisboa. Obtido de <http://pns.dgs.pt/files/2013/05/Versao-resumo.pdf>
- Mussalem, M. A., Silva, A. C., Couto, L. C., Marinho, L., Florencio, A. S., Araújo, V. S., & Silva, N. F. (Abril de 2014). Influência da mobilização precoce na força muscular periférica em pacientes na Unidade Coronariana. *ASSOBRAFIR Ciência*, 5, pp. 77-88. Obtido em 21 de Abril

de 2015, de  
<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/rebrafis/article/view/17530>

Novo, S. M., Galvão, A. M., & Rodrigues, S. (2014). Supervisão do ensino clínico em enfermagem. *2º Congresso Internacional “Novos Olhares na Saúde”* (pp. 530-541). Chaves: Escola Superior de Enfermagem Drº José Timóteo Montalvão Machado. Obtido de [www.eschaves.pt/congressos](http://www.eschaves.pt/congressos)

Ordem Dos Enfermeiros (22/10/2011). *Ordem dos Enfermeiros*. Obtido de Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceereabilitacao.pdf>

Ordem Dos Enfermeiros (05 de Maio de 2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Obtido em 6 de Junho de 2014, de Ordem dos Enfermeiros: [http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Paginas/MCEEdeR\\_Legislacao.aspx](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Paginas/MCEEdeR_Legislacao.aspx)

Ordem dos Enfermeiros (Março de 2009). Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - Referencial do Enfermeiro. Obtido em 10 de Outubro de 2014, de Ordem dos Enfermeiros. <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/rncci%20-%20v.final%20referencial%20do%20enfermeiro%20-%20abril%202009.pdf>

Orem, D. E. (2001). *Nursing Concepts of Practice* (sixth Edition ed.). Savannah, Georgia: Mosby, Inc.

Pailaquilén, B., & René, M. (Julho de 2013). Practice Based on Evidence: An opportunity for quality care. *Investigacion & Educacion en Enfermeria (INVESTIGACION EDUC ENFERM)*, (31) 2, 181-2. doi:10.1205-5307

Pasquina, P., Tramèr, M. R., DPhil, Granier, J.-M., & Walder, B. (Dezembro de 2006). Respiratory Physiotherapy To Prevent Pulmonary Complications

- After Abdominal Surgery. *CHEST*, 130, pp. 1887-1899 .  
doi:10.1378/chest.130.6.1887
- Pereira, T. B., & Santos, R. J. (10 de 3 de 2008). Ser enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Enformação*, pp. 6-9.  
doi:10400.10/302
- Petronilho, F. A., Magalhães, M. M., Machado, M. M., & Vieira, M. N. (Janeiro de 2010). Caracterização do doente após evento crítico: impacto da (in)capacidade funcional no grau de dependência no autocuidado. *Sinais Vitais*, pp. 4-10. Obtido em 18 de Abril de 2015, de <http://hdl.handle.net/1822/13637>
- Pinto, S. (1999). Abordagem ao papel e funções da família face à pessoa com deficiência e a celebração do AIF. *Hospitalidade*, 227-228, pp. 47-54.
- Pryor, J. A., & Webber, B. A. (2001). *Physiotherapy for Respiratory and Cardiac Problems* (second edition ed.). Edinburgh, London: Harcourt Publishers Limited.
- Queiroz, E., & Ferreira de Araújo, T. C. (Maio-Agosto de 2009). Trabalho de equipe em reabilitação: um estudo sobre a percepção individual e grupal dos profissionais de saúde. *Paideia*, 19, pp. 177-187.  
doi:10.1590/S0103-863X2009000200006
- Renault, J. A., Costa-Val, R., & Rossetti, M. B. (23 de Abril de 2008). Fisioterapia respiratória na disfunção pulmonar. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, pp. 562-569.
- Sawatzky, J.-A. V., Kehler, D. S., Ready, A. E., Lerner, N., Boreskie, S., Lamont, D., . . . Duhamel, T. A. (2014). Prehabilitation program for elective coronary artery bypass graft surgery patients: a pilot randomized controlled study. *Clinical Rehabilitation*, 28(7), 648-657.  
doi:10.1177/0269215513516475
- Schnaider, T. B., Silva, J. V., & Pereira, M. A. (2009). Cuidador Familiar de Paciente com Afecção Neurológica. *Saúde Soc. São Paulo*, 18, 284-292.

- Schumann, J., Zellweger, M. J., Valentino, M. D., Piazzalonga, S., & Hoffmann, A. (29 de Maio de 2010). Sexual Dysfunction before and after Cardiac Rehabilitation. *Rehabilitation Research and Practice*, pp. 1-8. doi:10.1155/2010/823060
- Shakuri, S. K., Salekzamani, Y., Taghizadieh, A., Sabbagh-Jadid, H., Soleymani, J., & Sahebi, L. (3 de 2014). Pulmonary physiotherapy effect on patients undergoing open cardiac surgery. *Russian Open Medical Journal*, pp. 1-4. doi:10.15275/rusomj.2014.0306
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2002). *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.
- Sousa, A. G., Zarameli, R. C., Ferrari, R. A., & Frigero, M. (21 de Outubro de 2008). Avaliação da qualidade de vida de cuidadores de pacientes com sequelas neurológicas. *ConScientiae Saude*, 4, pp. 497-502.
- Titoto, L., Sansão, M. S., Marino, L. H., & Lamari, N. M. (12 de out-dez de 2005). Reabilitação de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio: Atualização sobre a literatura nacional. *Arquivo Ciências da Saúde*, pp. 216-219.
- Vargas, T., Maia, E., & Dantas, R. A. (maio-junho de 2006). Setimentos de pacientes no pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Revista latino-americana de enfermagem*, 14, pp. 383-388. doi:10.1590/S0104
- Vitor, A. F., Lopes, M. V., & Araujo, T. L. (julho - setembro de 2010). Teoria do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática da enfermagem. *Esc Anna Nery [online]*, 14, pp. 611-616. doi:10.1590/S1414

**ANEXOS**





**Anexo I**

**Folha de Registos de Reabilitação**

# SERVIÇO DE CIRURGIA CARDIOTORÁCICA

REGISTOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Idade: \_\_\_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Cirurgia: \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A. P.: \_\_\_\_\_

COLAR AQUI

A ETIQUETA DO DOENTE

DATA			I		F		I		F		I		F		I		F		
Sinais Vitais	Pulso (p.p.m.)																		
	Frequência Respiratória (c.p.m.)																		
	Saturação O2 (%)																		
	Tensão Arterial (mmHg)																		
	Dor (escala numérica)																		
Pele e mucosas (Coradas, Descoradas, Cianosadas, Ictéricas)																			
Edemas (Sim, Não)																			
Padrão Respiratório	Ventilação (Espontânea, Mecânica)																		
	Simetria torácica (Sim, Não)																		
	Torácica, Abdominal, Mista																		
	Amplitude (Superficial, Média, Profunda)																		
	Ritmo (Regular, Irregular)																		
	Tiragem (Sim, Não)																		
Sintomas	Tosse, Expectoração, Cansaço																		
Dispneia	Escala de Borg																		
Palpação	Elasticidade (Mantida, Diminuída)																		
	Transmissão das vibrações vocais (Aumentadas, Diminuídas)																		
Percussão	Macicez, Timpanismo																		
Auscultação	Murmúrio Vesicular (Mantido, Diminuído, Ausente)	1/3 sup	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	
		1/3 méd																	
		1/3 inf																	
	Ruídos Adventícios (Riscos, Sibilos, Fervores, Crepitações, Atritos Pleurais)	1/3 sup																	
		1/3 méd																	
		1/3 inf																	
Rx Tórax	Derrame, Pneumotorax, Atelectasia, Pneumonia, Outras alterações																		

Reeducação Funcional Respiratória- Ensinos	DATA			
Posição de descanso e relaxamento				
Controle e Dissociação dos Tempos Respiratórios				
Tosse Dirigida/ Tosse Assistida				
Contenção do Tórax				
Exercícios de Reeducação Funcional Respiratória				
Exercícios Físicos Gerais- reeducação no esforço				
Outros _____				

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA														
DATA														
Posição de descanso e relaxamento														
Controlo e dissociação dos tempos respiratórios														
Exercícios de reeducação globais e selectivos	Abdomino-diafragmática	Global												
		Porção posterior c/ e s/ resistência												
		Hemicúpula direita												
		Hemicúpula esquerda												
		Porção anterior c/ e s/ resistência												
	Costal	Global com bastão												
		Lateral direito com abdução do MS												
		Lateral esquerdo com abdução do MS												
		Antero-lateral dto c/ e s/ resistência												
		Antero-lateral esq c/ e s/ resistência												
		Postero-lateral dto c/ e s/ resistência												
		Postero-lateral esq c/ e s/ resistência												
Mobilização escapulo-umeral														
Drenagem		D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	
Postural	Lobo superior													
Modificada	Lobo médio													
	Lobo inferior													
Manobras acessórias: Percussão, Vibração, Compressão														
Terapêutica de posição														
CATR {RA - ER - HUFF - TEF}														
Tosse	Dirigida, Assistida, com Contenção da Sutura													
	Eficaz, Ineficaz, Aspiração de secreções													
	Quantidade: Abundante, Moderada, Escassa													
Secreções	Viscosidade: Flúidas, Espessas													
	Características: Mucosas, Mucopurulentas, Amareladas, Rosadas, Hemáticas													

### Notas de Enfermagem de Reabilitação

Data: \_\_/\_\_/\_\_

Enfermeiro: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_

Enfermeiro: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_

Enfermeiro: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_

Enfermeiro: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_

Enfermeiro: \_\_\_\_\_

**Anexo II**

**Folha de Encaminhamento Pós-alta**

**ORIENTAÇÃO PARA O TRATAMENTO DA FERIDA OPERATÓRIA E CUIDADOS PÓS-ALTA**

Identificação do utente

Caros colegas, encaminhamos o utente submetido a cirurgia \_\_\_\_\_  
a \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ no nosso serviço, para realização de tratamento à(s) ferida(s) cirúrgica(s) na vossa instituição.

• Penso realizado na alta:

Data: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Procedimento: \_\_\_\_\_

• Sugerimos a remoção de agramos alternados a \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ :

☐ Esternotomia

☐ Safenectomia direita

☐ Safenectomia esquerda

☐ Toracotomia direita

☐ Toracotomia esquerda

☐ Outro \_\_\_\_\_

• Sugerimos a remoção de agramos totais a \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ :

☐ Esternotomia

☐ Safenectomia direita

☐ Safenectomia esquerda

☐ Toracotomia direita

☐ Toracotomia esquerda

☐ Outro \_\_\_\_\_

• Sugerimos a remoção de pontos a \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

• Para promover uma recuperação mais rápida e bem-sucedida do utente, solicitamos a validação/reforço dos seguintes ensinamentos:

☐ Contenção do tórax durante 6 - 8 semanas aquando da realização de esforços (Manobra de *Valsava*, tossir, espirrar, sentar/levantar/deitar)

☐ Utilização de meia de contenção no(s) membro(s) inferior(es) durante o período diurno por 4 - 8 semanas (retirar após ida para o leito)

☐ Inibição de condução automóvel durante 4 - 6 semanas

☐ Inibição de pegar em cargas iguais ou superiores a 5 kg

☐ Aplicação de creme hidratante nas cicatrizes operatórias após remoção total de agramos e pontos

☐ Utilização de soutien

☐ Frequência das consultas médicas com o médico de família/cardiologista nas datas programadas

☐ Adesão ao regime terapêutico prescrito aquando da alta, com especial atenção à dosagem de varfarina (*Varfine*®) prescrita. Relembrar que 1 cp = 5 mg | ¾ cp = 3,75 mg | ½ cp = 2,5 mg | ¼ cp = 1,25 mg

☐ Frequência da consulta de INR nas datas previstas de modo a ajustar a posologia de varfarina (*Varfine*®)

Em caso de dúvida contactar o Serviço de Cirurgia Cardiotorácica através do número \_\_\_\_\_ (Enfermaria).

A equipa de Enfermagem

### **Anexo III**

#### **Escala de Equilíbrio de Berg**

## ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG

Adaptado de Ribeiro (2005)

Nome \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_  
Instituição \_\_\_\_\_  
Avaliador \_\_\_\_\_

## DESCRIÇÃO DOS ITENS

**Pontuação  
(0-4)**

1. Da posição de sentado para a posição de pé
2. Ficar em pé sem apoio
3. Sentado sem apoio
4. Da posição de pé para a posição de sentado
5. Transferências
6. Ficar em pé com os olhos fechados
7. Ficar em pé com os pés juntos
8. Inclinar-se para a frente com o braço esticado
9. Apanhar um objeto do chão
10. Virar-se para olhar para trás
11. Dar uma volta de 360 graus
12. Colocar os pés alternadamente num degrau
13. Ficar em pé com um pé à frente do outro
14. Ficar em pé sobre uma perna

**TOTAL**

## INSTRUÇÕES GERAIS

- Demonstre cada tarefa e/ou instrua o sujeito da forma como está descrito abaixo. Quando colocar a pontuação, registre a categoria da resposta de menor pontuação relacionada a cada item.
- Na maioria dos itens pede-se ao sujeito para manter uma dada posição por um tempo determinado. Progressivamente mais pontos são subtraídos caso o tempo ou a distância não sejam atingidos, caso o sujeito necessite de supervisão para a execução da tarefa, ou se o sujeito se apoia num suporte externo ou ainda recebe ajuda do examinador.
- É importante que se torne claro aos sujeitos que estes devem manter o equilíbrio enquanto tentam executar a tarefa. A escolha de qual perna permanecerá como apoio e o alcance dos movimentos fica a cargo dos

sujeitos. Julgamentos inadequados irão influenciar negativamente o desempenho e a pontuação. Nos itens 1, 3 e 4 deverá ser utilizada uma cadeira com braços.

- Os equipamentos necessários são um cronómetro (ou relógio comum com ponteiro dos segundos) e uma régua ou outro medidor de distância com fundos de escala de 5, 12,5 e 25cm. As cadeiras utilizadas durante os testes devem ser de altura razoável. Um degrau ou um banco (da altura de um degrau) pode ser utilizado para o item 12.



## **1. DA POSIÇÃO DE SENTADO PARA A POSIÇÃO DE PÉ**

**INSTRUÇÕES:** *Por favor, levante-se. Tente não usar as mãos como suporte.*

- ☐ 4 Consegue levantar-se sem usar as mãos e manter-se estável, de forma autónoma
- ☐ 3 Consegue levantar-se de forma autónoma, recorrendo às mãos
- ☐ 2 Consegue levantar-se, recorrendo às mãos, após várias tentativas
- ☐ 1 Necessita de alguma ajuda para se levantar ou manter estável
- ☐ 0 Necessita de ajuda moderada ou de muita ajuda para se levantar

## **2. FICAR EM PÉ SEM APOIO**

**INSTRUÇÕES:** *Por favor, fique de pé por dois minutos sem se apoiar.*

- ☐ 4 Consegue manter-se em pé, com segurança, durante 2 minutos
- ☐ 3 Consegue manter-se em pé durante 2 minutos, com supervisão
- ☐ 2 Consegue manter-se em pé, sem apoio durante 30 segundos
- ☐ 1 Necessita de várias tentativas para se manter de pé , sem apoio, durante 30 segundos
- ☐ 0 Não consegue manter-se em pé durante 30 segundos, sem ajuda
  - *Se o sujeito conseguir manter-se em pé durante 2 minutos sem apoio, deverá registar-se a pontuação máxima no item 3. Prosseguir para o item 4.*

## **3. SENTA-SE COM AS COSTAS DESAPOIADAS MAS COM OS PÉS APOIADOS NO CHÃO OU SOBRE UM BANCO**

**INSTRUÇÕES:** *Por favor, sente-se com os braços cruzados durante 2 minutos.*

- ☐ 4 Mantém-se sentado com segurança e de forma estável durante 2 minutos
- ☐ 3 Mantém-se sentado durante 2 minutos, com supervisão
- ☐ 2 Mantém-se sentado durante 30 segundos
- ☐ 1 Mantém-se sentado durante 10 segundos
- ☐ 0 Não consegue manter-se sentado, sem apoio, durante 10 segundos

## **4. DA POSIÇÃO DE PÉ PARA A POSIÇÃO DE SENTADO**

**INSTRUÇÕES:** *Por favor, sente-se.*

- ☐ 4 Senta-se com segurança com o mínimo uso das mãos
- ☐ 3 Ao sentar-se recorre às mãos

- 2 Apoiar a parte posterior das pernas na cadeira para controlar a descida
- 1 Senta-se, de forma autónoma, mas sem controlar a descida
- 0 Necessita de ajuda para se sentar

## **5. TRANSFERÊNCIAS**

INSTRUÇÕES: Coloque a(s) cadeira(s) de forma a realizar transferências tipo “pivot”. Podem ser utilizadas duas cadeiras (uma com e outra sem braços) ou uma cama e uma cadeira sem braços.

- 4 Consegue transferir-se com segurança com o mínimo uso das mãos
- 3 Consegue transferir-se com segurança, necessitando, de forma clara do apoio das mãos
- 2 Consegue transferir-se com a ajuda de indicações verbais e/ou supervisão
- 1 Necessita de ajuda de uma pessoa
- 0 Necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar de modo a transferir-se com segurança

## **6. FICAR EM PÉ SEM APOIO E COM OS OLHOS FECHADOS**

INSTRUÇÕES: Por favor, feche os olhos e fique imóvel durante 10 segundos.

- 4 Consegue manter-se em pé com segurança durante 10 segundos
- 3 Consegue manter-se em pé durante 10 segundos, com supervisão
- 2 Consegue manter-se em pé durante 3 segundos
- 1 Não consegue manter os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé de forma estável
- 0 Necessita de ajuda para evitar a queda

## **7. MANTER-SE EM PÉ SEM APOIO E COM OS PÉS JUNTOS**

INSTRUÇÕES: Por favor, mantenha os pés juntos e permaneça em pé sem se apoiar.

- 4 Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma e manter-se em pé, com segurança, durante 1 minuto
- 3 Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma e manter-se em pé durante 1 minuto, mas com supervisão

- 2 Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma, mas não consegue manter a posição durante 30 segundos
- 1 Necessita de ajuda para chegar à posição, mas consegue manter-se em pé, com os pés juntos, durante 15 segundos
- 0 Necessita de ajuda para chegar à posição mas não consegue mantê-la durante 15 segundos

## **8. INCLINAR-SE PARA A FRENTE COM O BRAÇO ESTENDIDO AO MESMO TEMPO QUE SE MANTÉM DE PÉ**

INSTRUÇÕES: *Mantenha o braço estendido a 90 graus. Estique os dedos e tente alcançar a maior distância possível. (O examinador coloca uma régua no final dos dedos quando o braço está a 90 graus. Os dedos não devem tocar a régua enquanto executam a tarefa. A medida registada é a distância que os dedos conseguem alcançar enquanto o sujeito está na máxima inclinação possível. Se possível, pedir ao sujeito que execute a tarefa com os dois braços para evitar a rotação do tronco.)*

- 4 Consegue inclinar-se mais de 25cm para a frente, de forma confiante (10 polegadas)
- 3 Consegue inclinar-se mais de 12 cm para a frente, com segurança (5 polegadas)
- 2 Consegue inclinar-se mais de 5cm para a frente, com segurança (2 polegadas)
- 1 Inclina-se para a frente mas necessita de supervisão
- 0 Perde o equilíbrio durante as tentativas / necessita de apoio externo

## **9. APANHAR UM OBJECTO DO CHÃO A PARTIR DA POSIÇÃO DE PÉ**

INSTRUÇÕES: *Apanhe o sapato/chinelo localizado à frente dos seus pés.*

- 4 Consegue apanhar o chinelo, facilmente e com segurança
- 3 Consegue apanhar o chinelo mas necessita de supervisão
- 2 Não consegue apanhar o chinelo, mas chega a uma distância de 2-5cm (1-2 polegadas) do chinelo e mantém o equilíbrio de forma autónoma
- 1 Não consegue apanhar o chinelo e necessita supervisão enquanto tenta
- 0 Não consegue tentar / necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda

## **10. VIRAR-SE PARA OLHAR SOBRE OS OMBROS DIREITO E ESQUERDO ENQUANTO ESTÁ DE PÉ**

INSTRUÇÕES: *Vire-se e olhe para trás sobre o ombro esquerdo. Repetir para o lado direito. O examinador pode pegar num objeto para o paciente olhar e colocá-lo atrás do sujeito para encorajá-lo a realizar a rotação.*

- ☐ 4 Olha para trás para ambos os lados e transfere bem o peso
- ☐ 3 Olha para trás por apenas um dos lados, revela menos capacidade de transferir o peso
- ☐ 2 Apenas vira para um dos lados, mas mantém o equilíbrio
- ☐ 1 Necessita de supervisão ao virar
- ☐ 0 Necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda

## **11. DAR UMA VOLTA DE 360 GRAUS**

INSTRUÇÕES: *Dê uma volta completa sobre si próprio. Pausa. Repetir na direcção oposta.*

- ☐ 4 Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos
- ☐ 3 Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança apenas para um lado em 4 segundos ou menos
- ☐ 2 Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança mas lentamente
- ☐ 1 Necessita de supervisão ou de indicações verbais
- ☐ 0 Necessita de ajuda enquanto dá a volta

## **12. COLOCAR OS PÉS ALTERNADOS NUM DEGRAU OU BANCO ENQUANTO SE MANTÉM EM PÉ SEM APOIO**

INSTRUÇÕES: *Coloque cada pé alternadamente sobre o degrau/banco. Continuar até cada pé ter tocado o degrau/banco quatro vezes.*

- ☐ 4 Consegue ficar em pé de forma autónoma e com segurança e completar 8 passos em 20 segundos
- ☐ 3 Consegue ficar em pé de forma autónoma e completar 8 degraus em mais de 20 segundos
- ☐ 2 Consegue completar 4 degraus sem ajuda mas com supervisão
- ☐ 1 Consegue completar mais de 2 degraus, mas necessita de alguma ajuda

- 0 Necessita de ajuda para evitar a queda / não consegue tentar

### **13. FICAR EM PÉ SEM APOIO COM UM PÉ À FRENTE DO OUTRO**

INSTRUÇÕES: (DEMOSTRAR AO INDIVÍDUO) Coloque um pé exatamente em frente do outro. Se sentir que não consegue colocar o pé exatamente à frente, tente dar um passo suficientemente largo para que o calcanhar do seu pé esteja à frente dos dedos do seu outro pé. (Para obter 3 pontos, o comprimento da passada deverá exceder o comprimento do outro pé e a amplitude da postura do paciente deverá aproximar-se da sua passada normal).

- 4 Consegue colocar um pé exatamente à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos
- 3 Consegue colocar um pé à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos
- 2 Consegue dar um pequeno passo, de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos
- 1 Necessita de ajuda para dar um passo mas consegue manter a posição durante 15 segundos
- 0 Perde o equilíbrio enquanto dá o passo ou ao ficar de pé

### **14. FICAR EM PÉ SOBRE UMA PERNA**

INSTRUÇÕES: Fique em pé sobre uma perna, sem se segurar, pelo maior tempo possível.

- 4 Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição durante mais de 10 segundos
- 3 Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição entre 5 e 10 segundos
- 2 Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição durante 3 segundos ou mais
- 1 Tenta levantar a perna sem conseguir manter a posição durante 3 segundos, mas continua a manter-se em pé de forma autónoma
- 0 Não consegue tentar ou necessita de ajuda para evitar a queda

## **PONTUAÇÃO TOTAL (máximo = 56)**

### **Referências**

- Wood-Dauphinee S, Berg K, Bravo G, Williams JI: The Balance Scale: Responding to clinically meaningful changes. Canadian Journal of Rehabilitation 10: 35-50,1997
- Berg K, Wood-Dauphinee S, Williams JI: The Balance Scale: Reliability assessment for elderly residents and patients with an acute stroke. Scand J Rehab Med 7:27-36, 1995
- Berg K, Maki B, Williams JI, Holliday P, Wood-Dauphinee S: A comparison of clinical and laboratory measures of postural balance in an elderly population. Arch Phys Med Rehabil 73: 1073-1083, 1992
- Berg K, Wood-Dauphinee S, Williams JI, Maki, B: Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. Can. J. Pub. Health July/August supplement 2:S7-11, 1992
- Berg K, Wood-Dauphinee S, Williams JI, Gayton D: Measuring balance in the elderly: preliminary development of an instrument. Physiotherapy Canada 41:304-311, 1989

## **APÊNDICES**





**Apêndice I**  
**Objetivos do EC**

Objetivos Específicos	1. Conhecer a dinâmica do serviço e equipa, na sua vertente estrutural, funcional e organizacional		
Domínios e competências	Estratégias/Atividades	Recursos	Indicadores e critérios de Avaliação
<p><b>A. Responsabilidade profissional, ética e legal</b>  A1.Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;  A2.Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;</p> <p><b>B. Melhoria da Qualidade</b>  B3.Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;</p> <p><b>D. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b>  D1.Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;  D2.Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de visita aos locais de estágio (UCC ■■■ e ■■■■).</li> <li>- Realização de reunião e entrevista informal com enfermeiro(a) chefe e EEER orientador.</li> <li>- Identificação da estrutura física de cada serviço através de visita guiada.</li> <li>- Identificação dos recursos materiais e pessoais de cada serviço.</li> <li>- Reconhecimento da estrutura organizacional na sua vertente macro (integração com o SNS - instituição) e micro (serviço).</li> <li>- Compreensão da dinâmica organizacional e interligação de serviços e profissionais de diferentes áreas.</li> <li>- Observação da intervenção do EEER</li> </ul>	<p><u>HUMANOS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utentes do Serviço e respectiva família.</li> <li>- Enfermeiro Orientador e restante equipa de Enfermagem incluindo enfermeiro chefe.</li> </ul> <p><u>MATERIAIS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Guias de integração e acolhimento;</li> <li>- Manual de normas e protocolos;</li> <li>-Biblioteca da ESEL;</li> <li>- Base de dados da OE;</li> <li>- Código Deontológico;</li> <li>- Processo do utente.</li> </ul> <p><u>FÍSICOS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Serviço de Cirurgia Córdio-torácica do ■■■■</li> </ul> <p><u>TEMPORAIS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Até à 3ª semana de EC</li> </ul>	<p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhece a estrutura física e funcional do serviço onde se insere.</li> <li>- Conhece as principais normas, regulamentos e protocolos do serviço/instituição.</li> <li>- Identifica as intervenções do Enfermeiro Especialista em Reabilitação e contextualiza-as na dinâmica do serviço.</li> <li>- Conhece a proveniência dos utentes admitidos no serviço, causas da patologia mais frequente e destino após alta.</li> <li>- Reflete nas atividades utilizadas e na sua importância para atingir o objetivo.</li> <li>- De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais na identificação de intervenções de Enfermagem de Reabilitação, à pessoa submetida a cirurgia cardíaca.</li> </ul> <p>Critérios</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De que modo as atividades realizadas me permitiram conhecer e integrar a dinâmica do serviço e equipa, na sua vertente estrutural, funcional e organizacional.</li> </ul>

Objetivos Específicos	2 - Desenvolver capacidade de gestão de cuidados à pessoa submetida a cirurgia cardíaca, de acordo com os recursos existentes.		
Domínios e competências	Estratégias/Atividades	Recursos	Indicadores e critérios de Avaliação
<p><b>B1 — Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.</b></p> <p><b>B2 — Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.</b></p> <p><b>C1 — Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.</b></p> <p><b>D1 — Desenvolve o auto - conhecimento e a assertividade.</b></p> <p><b>D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observação da enfermeira orientadora.</li> <li>- Consulta de manuais e normas do serviço, regulamentos e protocolos da instituição.</li> <li>- Compreensão dos papéis/funções dos diversos elementos da equipa multidisciplinar.</li> <li>- Participação na construção da tomada de decisão em equipa.</li> <li>- Identificação da necessidade de referenciação para outros profissionais ou nível de cuidados.</li> <li>- Transmissão da informação acerca da evolução clínica da pessoa, e necessidade de cuidados.</li> <li>- Manipulação correta dos equipamentos disponíveis e necessários para garantir a qualidade dos cuidados;</li> <li>- Identificação de recursos existentes.</li> <li>- Utilização de recursos de forma adequada e eficiente.</li> <li>- Promoção de ambiente positivo e favorável à prática de cuidados.</li> <li>- Desenvolvimento de competências relacionais e técnicas.</li> </ul>	<p><u>HUMANOS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermeiro orientador da ESEL e o do local do estágio clínico; pessoa/ família; equipa multidisciplinar.</li> </ul> <p><u>FÍSICOS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Serviço de Cirurgia Cárdio-torácica do [REDACTED]</li> </ul> <p><u>MATERIAIS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Biblioteca da ESEL; base dados da OE;</li> <li>legislação sobre acessibilidades; aulas teórico-práticas; processo clínico; documentos, protocolos e projetos da instituição;</li> <li>instrumentos/ escalas aplicadas; produtos de apoio.</li> </ul> <p><u>TEMPORAIS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Até final do estágio clínico.</li> </ul>	Indicadores
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faz reflexão diária (ou quando oportuna) sobre as práticas de Enfermagem com a equipa multidisciplinar.</li> <li>- Faz uma reflexão escrita sobre a gestão de cuidados à pessoa, apresentada no relatório final de estágio clínico.</li> <li>- Participa na tomada de decisão em equipa.</li> <li>- Utiliza recursos disponíveis de forma adequada e eficaz na promoção da qualidade dos cuidados.</li> <li>- Promove a continuidade dos cuidados disponibilizando assessoria de enfermagem à restante equipa.</li> <li>- Identifica oportunidades de melhoria pessoal e profissional.</li> </ul>
			<p>Crítérios</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De que modo as atividades realizadas me permitiram gerir de forma eficaz e coerente a prestação de cuidados à pessoa submetida a cirurgia cardíaca.</li> </ul>

Objetivos Específicos	3. Desenvolver intervenções de enfermagem de reabilitação ao indivíduo submetido a cirurgia cardíaca, para minimizar ou prevenir complicações pós-cirúrgicas.		
Domínios e competências	Estratégias/Atividades	Recursos	Indicadores e critérios de Avaliação
<p><b>A1 - Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.</b></p> <p><b>A2 - Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais</b></p> <p><b>C1- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.</b></p> <p><b>D1- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.</b></p> <p><b>J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados.</b></p> <p><b>J2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.</b></p> <p><b>J3- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consulta de bibliografia pertinente, com maior enfoque na <b>Reeducação Funcional Respiratória</b>.</li> <li>- Consulta do processo clínico.</li> <li>- Desenvolvimento de competências na capacidade de auscultação pulmonar.</li> <li>- Desenvolvimento de competências na capacidade de avaliação de Radiografia do Tórax.</li> <li>- Desenvolvimento de competências na avaliação de exames laboratoriais.</li> <li>- Implementação das várias técnicas de Reeducação Funcional Respiratória ao doente cirúrgico.</li> <li>- Identificação diária, planeamento e avaliação das necessidades de intervenções específicas em enfermagem de reabilitação, com ênfase na RFR validando-as com a enfermeira orientadora.</li> <li>- Desenvolvimento de planos de cuidados em parceria com o utente e a sua família, valorizando o que consideram importante no seu processo de transição.</li> <li>- Participação no processo de tomada de decisão em equipa, no qual o utente e família também participam.</li> <li>- Colaborar com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados à pessoa/ família com necessidades de cuidados de reabilitação.</li> <li>- Discussão com a orientadora sobre questões quotidianas da prática que se mostrem relevantes para a minha aprendizagem.</li> <li>- Observação da intervenção do Enfermeiro Especialista nas diversas circunstâncias.</li> </ul>	<p><u>HUMANOS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermeiro orientador da ESEL e o do local do estágio clínico; pessoa/família; equipa multidisciplinar.</li> </ul> <p><u>FÍSICOS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- [REDACTED]</li> </ul> <p><u>MATERIAIS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Biblioteca da ESEL; base dados da OE; legislação sobre acessibilidades; aulas teórico-práticas; processo clínico; documentos, protocolos e projetos da instituição; instrumentos/ escalas aplicadas; produtos de apoio.</li> </ul> <p><u>TEMPORAIS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Até final do estágio clínico.</li> </ul>	Indicadores
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faz reflexão escrita sobre a atuação na prática de cuidados à pessoa/família, apresentada no relatório final.</li> <li>- Descreve no relatório final as aprendizagens efetuadas e as competências adquiridas no pós-operatório dos doentes submetidos a cirurgia cardíaca.</li> <li>- Descreve as competências que considera necessárias dinamizar futuramente na Instituição onde exerce funções.</li> <li>- Envolve a pessoa/família na implementação de estratégias de resolução de problemas, respeitando valores, crenças e práticas culturais.</li> <li>- Reflete nas atividades utilizadas e na sua importância para atingir o objetivo.</li> <li>- Desenvolve competências e práticas de enfermagem de reabilitação junto da pessoa submetida a cirurgia cardíaca, de forma a minimizar e prevenir complicações pós-cirúrgicas.</li> </ul> <p>Avalia as alterações da função respiratória através da visualização de exames complementares de diagnóstico</p>
			<p>Critérios</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais na identificação de intervenções de Enfermagem de Reabilitação, há pessoa submetida a cirurgia cardíaca.</li> </ul>

Objetivos Específicos	4. Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa submetida a cirurgia cardíaca, promovendo o processo de re aquisição do seu autocuidado		
Domínios e competências	Estratégias/Atividades	Recursos	Indicadores e critérios de Avaliação
<p><b>B2 — Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.</b></p> <p><b>C1 — Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.</b></p> <p><b>D1 — Desenvolve o auto - conhecimento e a assertividade.</b></p> <p><b>D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consulta de artigos e livros, na área da reabilitação.</li> <li>- Observação da enfermeira orientadora e da dinâmica do serviço.</li> <li>- Procura de momentos de aprendizagem de crescente complexidade ao longo do ensino clínico.</li> <li>- Elaboração e implementação do plano de cuidados de enfermagem de reabilitação com vista ao autocuidado.</li> <li>- Utilização e ensino sobre os produtos de apoio.</li> <li>- Utilização de instrumentos/ escalas de avaliação adequados à situação e existentes no serviço.</li> <li>- Integração na equipa multidisciplinar, participando ativamente, e de forma progressiva, com rigor científico, na planificação e prestação de cuidados de reabilitação.</li> <li>- Integração de exames complementares de diagnóstico para suportar a avaliação da pessoa e planeamento dos cuidados.</li> <li>- Desenvolvimento de competências técnicas e científicas (no âmbito da enfermagem de reabilitação) à pessoa submetida a cirurgia cardíaca, com alterações nas funções motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da eliminação e sexualidade, tais como: <b>reeducação funcional respiratória</b>, motora, sensorial, cognitiva, alimentação e eliminação; e otimização e reeducação da sexualidade.</li> <li>- Desenvolvimento de conhecimentos de <b>RFR</b> ao nível dos cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa submetida a cirurgia cardíaca.</li> </ul>	<p><u>HUMANOS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermeiro orientador da ESEL e o do local do estágio clínico; pessoa/família; equipa multidisciplinar.</li> </ul> <p><u>FÍSICOS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-UCC ■ + ■</li> </ul> <p><u>MATERIAIS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Biblioteca da ESEL; base dados da Ordem dos Enfermeiros; aulas teórico-práticas; meios audiovisuais (a definir)</li> </ul> <p><u>TEMPORAIS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Até ao final do estágio clínico.</li> </ul>	<p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utiliza escalas/instrumentos, parâmetros adequados para avaliar as necessidades da pessoa, nas áreas motora, cardiorrespiratória, sensorial, cognitiva, alimentação, eliminação e sexualidade, existentes no serviço.</li> <li>- Demonstra destreza na realização das técnicas de <b>reeducação funcional respiratória</b>, sensoriomotora, cognitiva, alimentação e eliminação; e otimização e reeducação da sexualidade.</li> <li>- Assegura a continuidade e a integração de cuidados, registando as observações e avaliando as intervenções realizadas.</li> <li>- Elabora reflexão de aprendizagem periódica.</li> <li>- Utiliza técnicas de informação e métodos de pesquisa adequados.</li> <li>- Discute as implicações de dados provenientes da evidência, que contribuam para o desenvolvimento da enfermagem, com a equipa.</li> <li>- Diagnostica, planeia, divulga e realiza ações de formação, em pelo menos uma sessão acerca da temática em estudo.</li> <li>- Participa em pelo menos uma sessão de formação sobre a temática em estudo.</li> <li>- Evidencia a teoria na prática</li> <li>- Enuncia os cuidados de enfermagem de reabilitação adequados à situação da pessoa/família, integrando e mobilizando os conhecimentos na área da reeducação funcional respiratória</li> <li>- Promove a aprendizagem em contexto de trabalho.</li> <li>- Reflete nas atividades/estratégias e na sua importância para atingir o objetivo.</li> <li>- Desenvolve perícia na execução das intervenções de reabilitação, nomeadamente em</li> </ul>

	<p>- Aperfeiçoamento de competência técnica e científica (no âmbito da enfermagem de reabilitação) à pessoa submetida a cirurgia cardíaca, no processo de transição para a domicílio/instituição.</p>		<p>RFR.</p> <p>- Assume responsabilidade na implementação do programa de reeducação funcional respiratória que facilitem o processo de transição e promovam o autocuidado, maximizando as capacidades e potencialidade da pessoa submetida a cirurgia cardíaca.</p> <hr/> <p>Crítérios</p> <p>- De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamental para prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa submetida a cirurgia cardíaca, tendo em vista a facilitação do processo de transição para o seu autocuidado.</p>
--	---	--	---

Objetivos Específicos		5. Capacitar a pessoa submetida a cirurgia cardíaca, promovendo o seu autocuidado, de acordo com princípios éticos, deontológicos e legais		
Domínios e competências	Estratégias/Atividades	Recursos	Indicadores e critérios de Avaliação	
<b>C1- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.</b> <b>J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados.</b> <b>J2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.</b> <b>J3- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</b> <b>D2- Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consulta de artigos e livros, na área da reabilitação.</li> <li>- Observação da enfermeira orientadora e da dinâmica do serviço.</li> <li>- Promove o direito da pessoa ao acesso à informação.</li> <li>- Promove o respeito da pessoa à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde.</li> <li>- Promove o respeito pela privacidade, valores, crenças pessoais e religiosas da pessoa/família.</li> <li>- Identificação dos recursos humanos, físicos e materiais do serviço.</li> <li>- Análise dos documentos existentes no serviço, dando ênfase aos que visam a reabilitação.</li> <li>- Integração na equipa multidisciplinar, participando ativamente, e de forma progressiva, com rigor científico, na planificação e prestação de cuidados de reabilitação.</li> <li>- Integração de exames complementares de diagnóstico para suportar a avaliação da pessoa e planeamento dos cuidados.</li> <li>- Desenvolvimento de competências técnicas e científicas (no âmbito da enfermagem de reabilitação) à pessoa submetida a cirurgia cardíaca, com alterações nas funções motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da eliminação e sexualidade, tais</li> </ul>	<u>HUMANOS:</u> - Enfermeiro orientador da ESEL e o do local do estágio clínico; pessoa/ família; equipa multidisciplinar.  <u>FÍSICOS:</u> -UCC ■ + ■  <u>MATERIAIS:</u> - Biblioteca da ESEL; base dados da Ordem dos Enfermeiros; legislação sobre acessibilidades; aulas teórico-práticas; processo clínico; documentos, protocolos e projetos da instituição; instrumentos/ escalas aplicadas; produtos de apoio.  <u>TEMPORAIS:</u> - Até final do estágio clínico.	Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utiliza escalas/instrumentos, parâmetros adequados para avaliar as necessidades da pessoa, nas áreas motora, cardiorrespiratória, sensorial, cognitiva, alimentação, eliminação e sexualidade, existentes no serviço.</li> <li>- Demonstra destreza na realização das técnicas de <b>reeducação funcional respiratória</b>, sensoriomotora, cognitiva, alimentação e eliminação; e otimização e reeducação da sexualidade.</li> <li>- Assegura a continuidade e a integração de cuidados, registando as observações e avaliando as intervenções realizadas.</li> <li>- Elabora reflexão de aprendizagem periódica.</li> <li>- Elabora o estudo caso.</li> <li>- Elabora programas de educação para a saúde sobre técnicas específicas de autocuidado e de AVD's.</li> <li>- Reflete nas atividades e estratégias utilizadas e na sua importância para atingir o objetivo.</li> <li>- Desenvolve competências e práticas de enfermagem de reabilitação junto da pessoa /família que se encontram a vivenciar processos de transição de saúde e doença, de acordo com os princípios éticos, deontológicos e legais.</li> </ul>
			Critérios	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De que modo as atividades e estratégias planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para o desenvolvimento de competências e práticas de enfermagem de reabilitação junto da</li> </ul>

de conhecimento	<p>como: <b>reeducação funcional respiratória</b>, motora, sensorial, cognitiva, alimentação e eliminação; e otimização e reeducação da sexualidade.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolvimento de conhecimentos de <b>RFR</b> ao nível dos cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa submetida a cirurgia cardíaca.</li> <li>- Aperfeiçoamento de competência técnica e científica (no âmbito da enfermagem de reabilitação) à pessoa submetida a cirurgia cardíaca, no processo de transição para a domicílio/instituição.</li> <li>- Identificação diária das necessidades em Enfermagem de Reabilitação.</li> <li>- Identificação dos recursos do serviço mobilizáveis para cada situação em particular.</li> </ul>		<p>pessoa / família que se encontra a vivenciar processos de transição saúde/doença.</p>
-----------------	---	--	--



Objetivos Específicos	6. Identificar o papel do Enfermeiro Especialista de Reabilitação na dinâmica da Instituição		
Domínios e competências	Estratégias/Atividades	Recursos	Indicadores e critérios de Avaliação
<b>A1- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.</b>  <b>B3- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reunião formal com a enfermeira chefe e enfermeira orientadora, onde é apresentado a instituição e a área de intervenção do EER</li> <li>- Visita da instituição e local de atuação do EER, acompanhada pela enfermeira chefe e enfermeira orientadora.</li> <li>- Conhecimento da dinâmica e funcionamento/organização do serviço.</li> <li>- Apresentação à equipa multidisciplinar.</li> <li>- Consulta de manuais e normas de serviço, regulamentos e protocolos da instituição.</li> <li>- Observação da intervenção da Enfermeira Especialista em Reabilitação.</li> </ul>	<u>HUMANOS:</u> - Enfermeiro orientador da ESEL e o do local do estágio clínico; pessoa/ família; equipa multidisciplinar.  <u>FÍSICOS:</u> -UCC ■ + ■  <u>MATERIAIS:</u> - Biblioteca da ESEL; base dados da Ordem dos Enfermeiros; código deontológico; processo clínico;  <u>TEMPORAIS:</u> - Até à 2ª semana de estágio.	Indicadores
			- Conhece a estrutura física e funcional do serviço onde se insere. - Conhece as principais normas, regulamentos e protocolos do serviço/instituição. - Identifica as intervenções do Enfermeiro Especialista em Reabilitação e contextualiza-as na dinâmica do serviço. - Conhece a proveniência dos utentes e causas da patologia mais frequente, com necessidades de intervenções especializadas pelo EER. - Reflete nas atividades utilizadas e na sua importância para atingir o objetivo.
			Critérios - De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais na identificação de intervenções de Enfermagem de Reabilitação, à pessoa com alterações sensoriomotoras e/ou no pós-operatório tardio.

Objetivos Específicos	7. Capacitar a pessoa que tem o seu autocuidado comprometido, facilitando os processos de promoção de autocuidado, de acordo com princípios éticos, deontológicos e legais;		
Domínios e competências	Estratégias/Atividades	Recursos	Indicadores e critérios de Avaliação
<b>A1- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.</b> <b>B3- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</b> <b>C1- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.</b> <b>J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reunião formal com o enfermeiro chefe e enfermeira orientadora, onde é apresentado a instituição</li> <li>- Visita da instituição acompanhada pela enfermeira orientadora e especialista em reabilitação.</li> <li>- Conhece a dinâmica e funcionamento do serviço onde está inserido o enfermeiro especialista de reabilitação.</li> <li>- Apresentação à equipa multidisciplinar.</li> <li>- Consulta de manuais e normas regulamentos e protocolos da instituição, com relevância para os de enfermagem de reabilitação</li> <li>- Observação da intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação nos cuidados de saúde primários e comunidade</li> <li>- Colaborar com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados à pessoa / família.</li> <li>- Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem.</li> <li>- Presta cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alterações sensoriomotores e no pós-operatório tardio.</li> <li>- Realiza programas de treino de AVD'S, visando a adaptação às limitações da mobilidade da pessoa com alterações sensoriomotores e no pós-operatório tardio, com vista à melhoria e reintegração na comunidade.</li> <li>- Elabora um plano de cuidados globais/ reabilitação adaptado à pessoa com alterações sensoriomotores</li> </ul>	<u>HUMANOS:</u> - Enfermeiro orientador da ESEL e o do local do estágio clínico; pessoa/ família; equipa multidisciplinar.  <u>FÍSICOS:</u> -UCC [REDACTED]  <u>MATERIAIS:</u> - Biblioteca da ESEL; base dados da Ordem dos Enfermeiros; código deontológico; processo clínico;  <u>TEMPORAIS:</u> - Até ao final do estágio Clínico.	<div data-bbox="1402 395 2060 427">Indicadores</div> <div data-bbox="1402 427 2060 986"> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhece a estrutura física e funcional do serviço onde se insere.</li> <li>- Conhece as principais normas, regulamentos e protocolos do serviço onde atua o EER.</li> <li>- Identifica pelo menos 3 funções / intervenções do Enfermeiro Especialista em Reabilitação e contextualiza-as na dinâmica do serviço / comunidade.</li> <li>- Faz reflexão escrita sobre a atuação na prática de cuidados à pessoa/família, apresentada no relatório final.</li> <li>- Ter elaborado pelo menos um plano de cuidados globais/ reabilitação adaptado à pessoa com alterações sensoriomotores e/ou no pós-operatório tardio.</li> <li>- Reflete nas atividades utilizadas e na sua importância para atingir o objetivo.</li> </ul> </div> <div data-bbox="1402 986 2060 1018">Critérios</div> <div data-bbox="1402 1018 2060 1337"> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De que modo as atividades e estratégias planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para desenvolver competências e prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alterações sensoriomotores e/ou no pós-operatório tardio, tendo em vista a facilitação do seu processo de transição e reintegração na comunidade.</li> </ul> </div>

	<p>e/ou no pós-operatório tardio.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reflete acerca das competências e práticas de enfermagem de reabilitação, tendo em vista a sua constante melhoria e aperfeiçoamento.</li> <li>- Participação em ações de formação que possam surgir acerca da temática.</li> </ul>		
--	---	--	--

**Apêndice II**  
**Cronograma do Estágio**

### CRONOGRAMA DE ESTÁGIO

		SET/OUTUBRO 2014					NOVEMBRO 2014				DEZEMBRO 2014				JANEIRO 2015				FEVEREIRO 2015			
		29	6	13	20	27	3	10	17	24	1	8	15	18-2	5	12	19	26	2	9	16	23
LOCAL	UCC [REDACTED]													FÉRIAS								
	CIRURGIA CARDIOTORÁCICA [REDACTED]																					
	REALIZAÇÃO RELATÓRIO ESTÁGIO																					
OBJETIVOS	1. Conhecer a dinâmica do serviço e equipa, na sua vertente estrutural, funcional e organizacional																					
	2 - Desenvolver capacidade de gestão de cuidados à pessoa submetida a cirurgia cardíaca, de acordo com os recursos existentes.																					
	3. Desenvolver intervenções de enfermagem de reabilitação ao indivíduo submetido a cirurgia cardíaca, para minimizar ou prevenir complicações pós-cirúrgicas.																					
	4. Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa submetida a cirurgia cardíaca, facilitando o processo de promoção do seu autocuidado																					
	5. Capacitar a pessoa submetida a cirurgia cardíaca, facilitando os processos de promoç, de acordo com princípios éticos, deontológicos e legais																					
	6. Identificar o papel do Enfermeiro Especialista de Reabilitação na dinâmica da Instituição																					
	7. - Desenvolver competências de enfermagem de reabilitação junto da pessoa /família que se encontrem com a sua capacidade de autocuidado comprometida, promovendo a possibilidade de participação no processo de autocuidado																					

### **Apêndice III**

#### **Planos de cuidados do EC realizados na UCC**

## Plano de Cuidados

### 1. Colheita de dados

#### 1. História Atual e pregressa

Nome, idade	Nome: R.V.  Idade: 45 anos  Género: Masculino  Estado civil: Solteiro
Antecedentes pessoais	Esclerose Múltipla  Ex-Toxicodependente
Medicação Habitual	Fluoxetina 20mg 1 ao PA Lioresal 25 mg (Baclofeno) 2 ao PA e 1 ao Almoço Lioresal 10 mg (Baclofeno) 1 ao Almoço Spiriva 18 µg (Brometo de Tiotrópio) SOS Atrovent 20 µg/dose (Brometo de ipratrópio) 1 almoço e 1 ao jantar Captopril 25 mg 1 ao PA
Situação familiar, habitacional, social:	Atual Agregado familiar: vive com a mãe  Cuidador Informal: mãe  Morada: <span style="background-color: black; color: black;">XXXXXXXXXX</span>  Profissão: pensionista vitalício por invalidez  Utente residente em habitação inserida num bairro social. Habita num quarto andar com elevador que nem sempre funciona. A habitação de 2 assoalhadas é ampla e de fácil mobilidade. Estão a ser providenciadas obras para adaptação do chuveiro para que este consiga tomar banho em cadeira sanitária. Vive com a mãe (79 anos), pensionista, que assegura cuidados de alimentação. Tem 11 irmãos, dos quais tem apenas relação com 2. A maioria deles, à semelhança do utente, ex-toxicodependentes. No passado trabalhou O utente trabalhou como pasteleiro, tendo exercido também trabalho de

ladrilhador, no entanto teve um percurso de toxicodependência o qual o levou ao desemprego. A atual doença foi-lhe diagnosticada quando se encontrava no programa de metadona. Após diagnóstico de EM foram identificados alguns surtos: 1º surto em 2003 com hemiparesia à esquerda com espasticidade; 2º surto em 2006 com agravamento da hemiparesia à esquerda associada a espasticidade e incontinência de esfíncter vesical e fecal; 3º surto em 2007 com paralisia do hemicorpo esquerdo. Utente refere que surtos estiveram normalmente associados a exposição a temperaturas mais elevadas. Em 2009, observou-se diminuição progressiva da força muscular do membro inferior direito, tendo sido internado para administração de corticóides (apenas administrado em surtos ou perdas motoras). A partir dessa data colaborava nas transferências, mas era incapaz de fazer marcha sem ajuda. No final de 2013, por avaria dos elevadores da sua habitação, ficou impossibilitado de fazer os tratamentos de fisioterapia no SPEM, onde estava a ser seguido para reabilitação motora. Esta situação conduziu a uma deterioração do seu estado motor e atualmente, apresenta paralisia parcial do membro inferior direito, apenas conseguindo esboçar movimentos muito ténues a nível dos dedos do pé. A [REDACTED] providenciou arranjo do elevador e reiniciou fisioterapia em Janeiro de 2014.

Assim, necessita de apoio total para as transferências, incapaz de fazer marcha e desloca-se em cadeira de rodas. Tem cadeira de rodas adaptada com alavanca de hemiplegia à direita. Neste momento está a ser providenciada uma cadeira automática.

Atualmente permanece acamado parte do dia. Após realização da higiene com apoio de auxiliares da [REDACTED], fica em cadeira de rodas até às 15h, altura em que vão novamente ao domicílio deitá-lo no leito. Consegue estar na cadeira de rodas com imobilização do tronco por não ter equilíbrio sentado. Consegue mobilizar a cadeira com o MSD, o qual apresenta força de Grau 5, mas com discreta descoordenação. Consegue levar alimentos sólidos à boca. Tem parésia total à esquerda, com hipotona no MIE. MSE com discreta hipertonia, conseguindo amplitude total de movimento do membro quando se efetua mobilização passiva do mesmo. Com diminuição progressiva da força motora à direita. MID- mexe os dedos, metatarso apresenta força de grau 3/5. Apresenta resistência na mobilização do pescoço para a esquerda.



	<p>Tem incontinência vesical e intestinal. Usa fralda. Tem dispositivo urinário permanentemente com bons débitos urinários. Evacua 4/4 dias com estimulação. Pele íntegra.</p> <p>É dependente em todas as Atividades de Vida diária. Atualmente tem 2 horas de fisioterapia na ■■■■■, às 2<sup>as</sup> e 4<sup>as</sup>.</p> <p>Tem uma boa relação com a mãe. Interessa-se por assuntos políticos.</p>
--	---

## 2 – NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

1º contato com o utente	02/10/2014
Avaliação Psicológica	Consciente e calmo
Comunicação	Verbaliza de forma coerente

Circulação/Oxigenação	
Data	02/10/2014
Temperatura	36,4°C
Tensão Arterial	126/69 mmHg
Frequência Cardíaca	67 bat/min
Frequência Respiratória	20ciclos/min
SO2	99%
Padrão Respiratório	<p>Tipo: Espontânea</p> <p>Padrão: Toracoabdominal</p> <p>Amplitude: Média</p>

	Ritmo: Regular  Simetria: Presente  Tem cansaço a médios esforços.
Secreções:	Ausentes
Pele e mucosas:	Pele quente e seca, corada e hidratada. Mucosas ligeiramente desidratadas.

Estado de Consciência – Escala de Glasgow	
Abertura dos olhos	<b>4 – Espontaneamente</b>  3 – Por ordem  2 – À dor  1 - Nula
Resposta Verbal	<b>5 – Orientada</b>  4 – Confusa  3 – Inapropriada  2 – Incompreensível  1 - Nula
Resposta Motora	<b>6 – Obedece a Ordens</b>  5 – Localiza a dor  4 – Foge à dor  3 – Flexão anormal  2 – Em extensão  1 - Nula
Score	15

(o que está a negrito foi a resposta do utente)

Eliminação Vesical	
Padrão habitual de eliminação vesical	Incontinência de esfínteres dependente em grau elevado – tem dispositivo urinário permanente.

Eliminação intestinal	
Padrão habitual de eliminação intestinal	Incontinência de esfínteres dependente em grau elevado – tem fralda de proteção.

Sono e Repouso	
Padrão habitual de sono e repouso	Horas de sono por noite: 8 a 9 horas seguidas
Padrão atual de sono e repouso	Dorme por longos períodos

## AVALIAÇÃO DE ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

### MIF - MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

	<u>Data do 1º contacto com o utente:</u>
<b><u>Autocuidado</u></b>	
A. Alimentação	6
B. Higiene Pessoal	1
C. Banho	1
D. Vestir metade superior	2
E. Vestir metade inferior	2
F. Utilização da sanita	1
<b><u>Controlo dos Esfincteres</u></b>	
G. Bexiga	1
H. Intestino	1
<b><i>Mobilidade</i></b>	
<b><u>Transferências</u></b>	
I. Leito, cadeira, cadeira de rodas	2
J. Sanita	1
K. Banheira, Duche	1
<b><u>Locomoção</u></b>	
L. Marcha/cadeira de rodas	2
M. Escadas	1
<b><u>Comunicação</u></b>	
N. Compreensão	7
O. Expressão	7
<b><u>Cognição Social</u></b>	
P. Interação Social	6
Q. Resolução de problemas	3
R. Memória	7
<b><u>Total</u></b>	<b>52</b>

#### **Níveis:**

7 – Independência Completa (em segurança, em tempo normal)

6 – Independência modificada (ajuda técnica)

#### **Dependência modificada**

5 – Supervisão

4 – Ajuda mínima (Indivíduo participa em  $\geq 75\%$ )

3 – Ajuda Moderada (Indivíduo participa em  $\geq 50\%$ )

#### **Dependência Completa**

2 – Ajuda Máxima (Indivíduo participa em  $\geq 25\%$ )

1 – Ajuda total (Indivíduo participa em  $\leq 25\%$ )

Considero que os seguintes níveis são os seguintes graus de dependência:

Nível 7, 6 e 5 – Grau reduzido

Nível 4 e 3 – Grau moderado

Nível 2 – Grau elevado

Nível 1 – Grau muito elevado

## II - AVALIAÇÃO MOTORA/SENSITIVA

### 1. FUNÇÕES SOMATO-MOTORAS

#### AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR - ESCALA DE LOWER

<b>Legenda:</b> 0/5- Paralisia completa/ Ausência de contração 1/5- Esforço de contração visível mas não produz movimento 2/5- Movimento ativo possível não vencendo a força da gravidade 3/5- Movimento ativo possível vencendo a força da gravidade 4/5- Movimento ativo vencendo a resistência do observador 5/5- Força normal	MSup/ Inf Esq	Flexão	Extensão	Adução	Abdução	Rotação interna/ pronação/ inversão	Rotação Externa/ supinação/ eversão	Desvio Radial	Desvio Cubital
	Dedos mão	0/5	0/5	0/5	0/5				
	Punho	1/5	1/5					0/5	0/5
	Antebraço					0/5	0/5		
	Cotovelo	0/5	0/5						
	Ombro	0/5	0/5	0/5	0/5	0/5	0/5		
	Dedos pé	1/5	1/5	0/5	0/5				
	Tibiotársica	0/5	0/5	0/5	0/5	0/5	0/5		
	Joelho	0/5	0/5						
	Coxo-femural	0/5	0/5	0/5	0/5	0/5	0/5		

<b>Legenda:</b> 0/5- Paralisia completa/ Ausência de contração 1/5- Esforço de contração visível mas não produz movimento 2/5- Movimento ativo possível não vencendo a força da gravidade 3/5- Movimento ativo possível vencendo a força da gravidade 4/5- Movimento ativo vencendo a resistência do observador 5/5- Força normal	MSup/ Inf Drt	Flexão	Extensão	Adução	Abdução	Rotação interna/ pronação/ inversão	Rotação Externa/ supinação/ eversão	Desvio Radial	Desvio Cubital
	Dedos mão	5/5	5/5	5/5	5/5				
	Punho	5/5	5/5					4/5	4/5
	Antebraço					4/5	4/5		
	Cotovelo	5/5	5/5						
	Ombro	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5		
	Dedos pé	3/5	3/5	3/5	3/5				
	Tibiotársica	0/5	0/5	0/5	0/5	0/5	0/5		
	Joelho	0/5	0/5						
	Coxo-femural	0/5	0/5	0/5	0/5	0/5	0/5		

## 2 - FUNÇÕES SOMATO-SENSITIVAS

### 2.1- SENSIBILIDADE

LEGENDA: M- MANTIDA; D- DIMINUÍDA; 0- AUSENTE; NR- NÃO REALIZADA				
Data da Avaliação				
	Tátil	Dolorosa	Térmica	Postural
Hemiface direita	M	M	NR	M
Hemiface esquerda	M	M	NR	M
hemitorax direito	M	M	NR	M
hemitorax esquerdo	D	D	NR	D
Memb. sup. Drt	M	M	NR	M
Memb. Sup. Esq.	0	0	NR	0
Memb. Inf. Drt.	D	D	NR	D
Memb. Inf. Esq.	0	0	NR	0

### 2.2 - TÓNUS MUSCULAR

*Tabela 1. Escala de Ashworth.*

Escore	Grau do Tônus Muscular
1	Sem aumento de tônus
2	Leve aumento de tônus (“canivete”)
3	Moderado aumento do tônus
4	Aumento do tônus acentuado
5	Rigidez em flexão ou extensão

	Tônus Muscular
Memb. sup. Drt	1
Memb. Sup. Esq.	2
Memb. Inf. Drt.	1
Memb. Inf. Esq.	1

## **1ª Avaliação do Enfermeiro Especialista de Reabilitação**

Apresenta-se consciente e orientado no espaço, tempo e pessoa. Comunica de forma eficaz, com discurso coerente e compreensível.

Pele e mucosas moderadamente coradas e hidratadas, com integridade cutânea mantida.

Eupneico em repouso com respiração toracoabdominal de 20 ciclos por minutos, com presença de reflexo de tosse eficaz. Sem secreções.

Restantes parâmetros vitais dentro da normalidade para o utente.

Alimenta-se de forma autónoma de dieta mole à mesa (mãe prepara os alimentos). Começa a referir alguma disfagia, pelo que foi pedida avaliação pelo neurologista. Não tem dentes nem prótese dentária.

Com incontinência vesical e intestinal pelo que tem penrose permanentemente e usa fralda de proteção.

Tem apoio da [REDACTED] para a higiene diária, sendo que após esta fica em cadeira de rodas com imobilizador de tronco por não ter equilíbrio sentado mantido. Neste momento estão a ser providenciadas medidas para aquisição de cadeira automática.

Apresenta diminuição da força desde 2001, sendo que em 2007 teve um novo surto, altura em que ficou com hemiparésia esquerda. Após este, ficou acamado, sendo que faz levantar com ajuda total para cadeira de rodas. Apresenta discreta hipertonia articular no MSE, sendo possível a abdução completa do mesmo com mobilização passiva. MIE hipotónico. Avaliação da força muscular de acordo com escala de Lower: Hemicorpo esquerdo com 0/5, Membro Inferior direito com 0/5 e membro superior direito com 5/5.

Vive em habitação social, num 4º andar com elevador que nem sempre funciona. Habitação de 2 assoalhadas com boas condições de habitabilidade e mobilidade. Neste momento, a providenciar-se obras de adaptação do chuveiro. Vive com a mãe de 79 anos, pensionista, que o ajuda dentro do que lhe é possível, tendo em conta a sua idade.

## PROGRAMA DE REABILITAÇÃO

RFR. Faz-se dissociação dos tempos respiratórios, tal como exercícios de espirometria de incentivo de forma a prevenir e corrigir os defeitos ventilatórios para melhorar a distribuição e a ventilação alveolar.

RFM, Mobilizações passivas do MSE e MIE; Mobilização Ativa-Assistida do MID; Mobilização Ativa do MSD.

Utente sentado na cadeira de rodas com imobilizador de tronco por não ter equilíbrio sentado. Boa tolerância. Manipula a cadeira de rodas com o MSD.

Tem como ajudas técnicas: Cama com colchão de pressão alterna e cadeira de rodas adaptada com alavanca de hemiplegia à direita.

### Plano Intervenção Individual:

Ensino à cuidadora sobre prevenção de quedas;

Ensino à cuidadora sobre consequências da imobilidade;

Ensino ao utente sobre prevenção de defeitos ventilatórios por imobilidade;

Prevenção de UP;

RFR: dissociação dos tempos respiratórios; manobras de espirometria de incentivo.

RFM: Mobilizações passivas do MSE e MIE; Mobilização Ativa-Assistida do MID; Mobilização Ativa do MSD. Exercícios de fortalecimento muscular no MSD e MID.

Articulação com assistente social para assegurar a garantia da satisfação das NHB. Articular com a psicóloga para avaliação do utente.



Em reunião de ECCI ponderou-se e posteriormente sugeriu-se à cuidadora, transferência do utente para uma ULDR, para programa de RFM com o objetivo de melhorar potencial de reabilitação, e permitir descanso temporário da mãe, que não consegue assegurar cuidados pelo grau de dependência física. A equipa irá reunir de forma a perceber como agir e conversar com o utente, pois mãe teme a sua reação. Utente recusou anteriormente uma proposta idêntica.

## 5 - PLANO DE CUIDADOS

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO				
Problemas identificados	Objetivo	Métodos de ajuda	Tipos de sistema e Intervenções de enfermagem	Avaliação
Déficé de Autocuidado para se mobilizar relacionado com défices neuromusculares e/ou musculoesqueléticos, manifestada por hipertonia no MSD e hipotonia nos MI.	<p><i>Que o utente promova o autocuidado adequado á sua situação clínica.</i></p> <p><i>Que o utente preserve a sua mobilidade:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-mantenha a força muscular;</li> <li>-Preserve a amplitude dos movimentos;</li> <li>- Promova a amplitude de movimento;</li> <li>-Previna o aumento de hipertonia;</li> <li>- Previna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar o utente relativamente ao plano terapêutico.</li> <li>- Fazer mobilizações passivas pelo utente nos MI e MSD.</li> <li>- Ensinar o utente a realizar mobilizações ativas.</li> <li>- Ensinar estratégias de adaptação do utente ao meio em que se encontra.</li> </ul>	<p>Sistema de assistência em enfermagem: parcialmente compensatório.</p> <p>Intervenções:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♦Explicar-lhe os objetivos do programa e de que forma pode colaborar nele;</li> <li>♦ Avaliação da sensibilidade (profunda e superficial) e mobilidade assim como da presença ou não de limitações articulares;</li> <li>♦ Mobilizações passivas (movimentos anti-gravitacionais) nos MSE e MIE e ativas assistidas (movimentos a favor da gravidade) nos MSD e MID;</li> <li>♦ Mobilizações ativas resistidas do membro superior e membro inferior direitos são também ativas assistidas em locais de limitação articular (joelho e coxo-femural);</li> <li>♦ Ensino da técnica do rolar para a esquerda;</li> <li>♦ Ensino da técnica de auto mobilização;</li> <li>♦ Aumentar a carga sensitiva através de pressões profundas (amassar) nos membros lesados;</li> </ul>	

		PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO		
Problemas identificados	Objetivo	Métodos de ajuda	Tipos de sistema e Intervenções de enfermagem	Avaliação
	<i>complicações da imobilidade.</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensino da realização de contrações isométricas do MSD e MID;</li> <li>• Fortalecimento dos músculos abdominais e lombares através do balanço do tronco, equilibrando-se recorrendo ao apoio do MSD em superfície fixa.</li> <li>• Exercícios de fortalecimento muscular no MSD com recurso aos elásticos e carga.</li> </ul>	
		PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO		
Problemas identificados	Objetivo	Métodos de ajuda	Tipos de Sistema e Intervenções de enfermagem	Avaliação
Défice de autocuidado relacionado com défices neuromusculares ao nível do tronco manifestado por desequilíbrio sentado.	<i>Que o utente não perca o reflexo postural existente.</i>	<p>Ensinar técnicas para manutenção do reflexo postural existente.</p> <p>Ensinar técnicas de manutenção do equilíbrio postural.</p>	<p>Sistema de Assistência de enfermagem totalmente compensatório – intervenções:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Sentar na cadeira de rodas com os pés descalços apoiados no chão.</li> <li>♦ Fazer levantar com ajuda total;</li> </ul> <p>Sistema de Assistência de enfermagem parcialmente compensatório – intervenções:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Fazer reforços positivos das ações desempenhadas pelo utente;</li> </ul>	

		PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO		
Problemas identificados	Objetivo	Métodos de ajuda	Tipos de sistema e Intervenções de enfermagem	Avaliação
			♦ Ensinar e fazer exercícios de equilíbrio estático e dinâmico com o utente sentado (balanço do tronco, equilibrando-se recorrendo ao apoio do MSD em superfície fixa).	
		PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO		
Problemas identificados	Objetivo	Métodos de Ajuda	Tipos de sistema e Intervenções de enfermagem	Avaliação
Risco de infeção urinária relacionado com incontinência urinária.	<i>Prevenir infeções urinárias decorrentes da incontinência do utente.</i>	Promover um ambiente propício à prevenção de ocorrência de infeção urinária. Ensinar o utente e cuidadora acerca de cuidados a ter para prevenção de infeção.	Sistema de Assistência de enfermagem parcialmente compensatório – intervenções: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Manter dispositivo urinário de forma contínua;</li> <li>➤ Vigiar funcionalidade do dispositivo urinário;</li> <li>➤ Monitorizar eliminação vesical;</li> <li>➤ Fazer ensinios à cuidadora acerca de como esvaziar o saco coletor/trocar;</li> <li>➤ Incentivar o utente para a ingestão hídrica;</li> <li>➤ Vigiar as características da urina.</li> </ul>	

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO				
Problemas identificados	Objetivo	Métodos de ajuda	Tipos de Sistema e Intervenções de enfermagem	Avaliação
Alteração do padrão de eliminação intestinal manifestado por incontinência dos esfínteres.	<i>Manter a eliminação intestinal.</i>	Ensinar o utente e cuidadora acerca de cuidados a ter para a manutenção da eliminação intestinal.	<p>Sistema de Assistência de enfermagem parcialmente compensatório – intervenções:</p> <p>Instruir a cuidadora e o utente a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Reforçar a ingestão hídrica e alimentar adequada;</li> <li>➤ Assegurar privacidade;</li> <li>➤ Otimizar reflexo gastro-cólico;</li> <li>➤ Executar massagem abdominal;</li> <li>➤ Posicionar em decúbito facilitador da defecação (em DLD com MI flectidos);</li> <li>➤ Executar estimulação digital da ampola rectal; se necessário introduzir supositório laxante em SOS.</li> </ul>	

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO				
Problemas identificados	Objetivo	Métodos de ajuda	Tipos de Sistema e Intervenções de enfermagem	Avaliação
Risco de aparecimento de UP relacionado défice do autocuidado em mobilizar-se de forma autónoma.	<i>Prevenir o aparecimento de UP</i>	Promover ambiente propício à prevenção de aparecimento de úlceras de pressão.	<p>Sistema de Assistência de enfermagem parcialmente compensatório – intervenções:</p> <p>Instruir a cuidadora e o utente a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Manter pele hidratada, com ingestão hídrica adequada;</li> <li>➤ Garantir dieta adequada;</li> </ul>	

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO				
Problemas identificados	Objetivo	Métodos de ajuda	Tipos de Sistema e Intervenções de enfermagem	Avaliação
			<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Avaliar a escala de Braden;</li> <li>➤ Aplicar creme hidratante, com suave massagem para estimular a circulação sanguínea;</li> <li>➤ Vigiar alterações das zonas com maior risco.</li> <li>➤ Fazer ensinios ao utente e cuidadora acerca da importância da mudança frequente de posição (no leito).</li> </ul>	

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO				
Problemas identificados	Objetivo	Métodos de ajuda	Tipos de Sistema e Intervenções de enfermagem	Avaliação
Alteração do padrão de ventilação, relacionado com hipomobilidade torácica, manifestado por cansaço a médios esforços.	<i>Adquirir e manter um padrão de respiração eficaz.</i>	Promover ambiente propício à otimização do padrão ventilatório.	<p>Sistema de Assistência de enfermagem educativo de apoio – intervenções:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Avaliar padrão respiratório (frequência respiratória, amplitude respiratória, presença de dispneia, oximetrias periféricas);</li> <li>➤ Avaliar outros parâmetros como sinais de perfusão periférica, presença de secreções e suas características, eficácia da tosse, frequência cardíaca, pressão arterial, temperatura axilar;</li> <li>➤ Auscultar o utente;</li> </ul>	

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO				
Problemas identificados	Objetivo	Métodos de ajuda	Tipos de Sistema e Intervenções de enfermagem	Avaliação
			<p>Sistema de Assistência de enfermagem parcialmente compensatório – intervenções:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Incentivar a ingestão de líquidos;</li> <li>➤ Ensinar e treinar consciencialização e dissociação de tempos respiratórios;</li> <li>➤ Ensinar e treinar respiração abdomino-diafragmática;</li> <li>➤ Ensinar e treinar exercícios de reeducação diafragmática e costal seletivos e globais;</li> <li>➤ Treinar espirometria de incentivo.</li> </ul>	

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO				
Problemas identificados	Objetivo	Métodos de ajuda	Tipos de Sistema e Intervenções de enfermagem	Avaliação
Deficit no autocuidado alimentar-se relacionado com score de 0/5 na	<i>Manter o máximo de autonomia no autocuidado alimentar-se.</i>	Ensinar estratégias para manutenção da autonomia do utente no autocuidado	<p>Sistema de Assistência de enfermagem parcialmente compensatório – intervenções:</p> <p>Instruir a cuidadora a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Incentivar o utente a alimentar-se sozinho, utilizando o MS não afetado;</li> </ul>	

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO				
Problemas identificados	Objetivo	Métodos de ajuda	Tipos de Sistema e Intervenções de enfermagem	Avaliação
escala de Lower da força muscular no MSE, manifestado pela necessidade de ajuda parcial na realização da AVD alimentar-se		alimentar-se.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Otimizar o posicionamento do utente durante as refeições, sentado na cadeira de rodas, junto à mesa;</li> <li>➤ Posicionar o prato da refeição assim como restantes utensílios de modo a ficarem todos acessíveis;</li> <li>➤ Cortar os alimentos;</li> <li>➤ Incentivar a ingestão de líquidos;</li> <li>➤ Incentivar o utente a efetuar cuidados de higiene oral antes e após refeições;</li> <li>➤ Garantir tempo para a realização desta AVD.</li> </ul>	

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO				
Problemas identificados	Objetivo	Métodos de ajuda	Tipos de Sistema e Intervenções de enfermagem	Avaliação
Deficit no autocuidado alimentar-se	<i>Prevenir complicações decorrentes da disfagia;</i>	Promover ambiente propício à	<p>Sistema de Assistência de enfermagem parcialmente compensatório – intervenções:</p> <p>Ensinar a cuidadora e utente acerca de:</p>	



		PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO		
Problemas identificados	Objetivo	Métodos de ajuda	Tipos de Sistema e Intervenções de enfermagem	Avaliação
relacionado com ligeira disfagia, manifestado por dificuldade de deglutição de líquidos.	<i>Promover a manutenção da capacidade de deglutição atual.</i>	prevenção da ocorrência de disfagia. Ensinar estratégias de vigilância de eventuais complicações da disfagia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sinais de dificuldade respiratória;</li> <li>- Dieta adequada (ponderar utilização futura de espessante alimentar);</li> <li>- Garantia do correto posicionamento nas horas da refeição;</li> <li>- Manter a higiene oral do utente;</li> <li>- Vigiar reflexo da deglutição;</li> <li>- Garantir tempo para a realização desta AVD.</li> </ul> <p>Sistema de Assistência de enfermagem totalmente compensatório – intervenções:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Marcar consulta de neurologia.</li> </ul>	

## Plano de Cuidados

### 1. Colheita de dados

#### 1. História Atual e pregressa

Nome, idade	Nome: I.A.  Idade: 84 anos  Género: Feminino  Estado civil: Casada
Antecedentes pessoais	Insuficiência Cardíaca  Cardiopatía hipertensiva  Neoplasia da mama à direita – mastectomizada com esvaziamento axilar
Medicação Habitual	Carvedilol 6,25mg – 1id Plastranit 5mg – 24h Omeprazol 20mg – 1id Sinvastatina 20mg – 1id
Situação familiar, habitacional, social: Atual	Agregado familiar: vive com o marido  Cuidadores Informais: marido e filho  Morada: <span style="background-color: black; color: black;">XXXXXXXXXX</span>  Profissão: Atualmente pensionista  Utente de 84 anos, casada residindo com o marido de 89 anos numa moradia de tipo T4, com boas condições de higiene, mas com algumas barreiras arquitetónicas no acesso à mesma (degraus da entrada altos). O casal tem um único filho que se encontra a desempenhar atividade profissional na <span style="background-color: black; color: black;">XXXXXXXXXX</span> .  No passado trabalhou como cozinheira no palácio de <span style="background-color: black; color: black;">XXXXXXXXXX</span> , sendo que

	<p>posteriormente passou para o [REDACTED] (pertencente aos mesmos proprietários), nos quais o seu marido exercia funções de motorista. A moradia que habitam pertence aos proprietários do palácio em que trabalharam e atualmente pagam uma renda simbólica de 200€.</p> <p>São uma família bastante unida, sendo o filho um grande apoio para o casal, estando presente diariamente, nos horários que lhe é possível.</p> <p>A utente recebe apoio domiciliário da [REDACTED] para higiene e alimentação duas vezes ao dia, diariamente. Tem apoio também para a alimentação, embora o filho esteja presente em grande parte das refeições e cozinhe para os 3 ou providencie a maioria das refeições.</p> <p>Relativamente ao estado de saúde da utente, este sofreu um agravamento em Agosto de 2013, tendo sido integrada na RNCCI na UMDR da [REDACTED], onde permaneceu 3 meses. Posteriormente foi referenciada para esta ECCI.</p> <p>Atualmente faz oxigenoterapia de forma intermitente a 1l/m por ON. Antes e após cuidados de reabilitação, a utente apresenta SPO2 de 93% sem aporte de O2. Com aporte de O2 fica com SPO2 de 94/95%. Necessita de apoio de terceiros para a higienização, mobilização, eliminação. Usa fralda de proteção, sendo que durante o dia vai ao WC (continente a nível vesical e intestinal) com ajuda do andarilho ou de mãos dadas com o marido e à noite urina na fralda.</p> <p>Atualmente passa a maioria do seu tempo sentada a ver televisão. O marido faz-lhe companhia, sendo que continua a fazer pequenos trabalhos no quintal que rodeia a casa por períodos.</p> <p>A utente é independente na alimentação se os alimentos estiverem previamente cortados. Consegue mobilizar todos os membros de forma autónoma, apresentando no entanto diminuição da força em todos os membros o que dificulta a aquisição da posição ortostática de forma independente. Apresenta equilíbrio estático na posição bípede durante breves segundos, não tendo equilíbrio dinâmico.</p>
--	--

## 2 – NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

1º contato com a utente	02/10/2014
Avaliação Psicológica	Consciente e calma
Comunicação	Verbaliza de forma coerente

Circulação/Oxigenação	
Data	02/10/2014
Temperatura	36,4°C
Tensão Arterial	124/67 mmHg
Frequência Cardíaca	56 bat/min
Frequência Respiratória	20ciclos/min
SO2	93%
Padrão Respiratório	Tipo: Espontânea  Padrão: Toracoabdominal  Amplitude: Média  Ritmo: Regular  Simetria: Presente  Tem cansaço a médios esforços.
Secreções:	Ausentes
Pele e mucosas:	Pele quente e seca, corada e hidratada. Mucosas hidratadas.

Estado de Consciência – Escala de Glasgow	
Abertura dos olhos	<b>4 – Espontaneamente</b> 3 – Por ordem 2 – À dor 1 - Nula
Resposta Verbal	<b>5 – Orientada</b> 4 – Confusa 3 – Inapropriada 2 – Incompreensível 1 - Nula
Resposta Motora	<b>6 – Obedece a Ordens</b> 5 – Localiza a dor 4 – Foge à dor 3 – Flexão anormal 2 – Em extensão 1 - Nula
Score	15

(o que está a negrito foi a resposta do utente)

Eliminação Vesical	
Padrão habitual de eliminação vesical	Continente vesical. Dependente em grau moderado. Tem fralda de proteção. À noite urina na fralda por alteração da mobilidade.
Eliminação intestinal	
Padrão habitual de eliminação intestinal	Continente intestinal. Dependente em grau moderado. Tem fralda de proteção. Tem alteração da mobilidade.
Sono e Repouso	

Padrão habitual de sono e repouso	Horas de sono por noite: 8 a 9 horas seguidas
Padrão atual de sono e repouso	Dorme por longos períodos

## AVALIAÇÃO DE ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

### MIF - MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

	Data do 1º contacto com o utente:
<b><u>Autocuidado</u></b> A. Alimentação B. Higiene Pessoal C. Banho D. Vestir metade superior E. Vestir metade inferior F. Utilização da sanita	7 3 3 4 3 6
<b><u>Controlo dos Esfincteres</u></b> G. Bexiga H. Intestino	7 7
<b><i>Mobilidade</i></b>	
<b><u>Transferências</u></b> I. Leito, cadeira, cadeira de rodas J. Sanita K. Banheira, Duche	4 4 4
<b><u>Locomoção</u></b> L. Marcha/cadeira de rodas M. Escadas	6 5
<b><u>Comunicação</u></b> N. Compreensão O. Expressão	7 7
<b><u>Cognição Social</u></b> P. Interação Social Q. Resolução de problemas R. Memória	7 4 4
<b><u>Total</u></b>	92

#### **Níveis:**

7 – Independência Completa (em segurança, em tempo normal)

6 – Independência modificada (ajuda técnica)

#### **Dependência modificada**

5 – Supervisão

4 – Ajuda mínima (Indivíduo participa em  $\geq 75\%$ )

3 – Ajuda Moderada (Indivíduo participa em  $\geq 50\%$ )

#### **Dependência Completa**

2 – Ajuda Máxima (Indivíduo participa em  $\geq 25\%$ )

1 – Ajuda total (Indivíduo participa em  $\leq 25\%$ )

Considero que os seguintes níveis são os seguintes graus de dependência:

Nível 7, 6 e 5 – Grau reduzido

Nível 4 e 3 – Grau moderado

Nível 2 – Grau elevado

Nível 1 – Grau muito elevado

## II - AVALIAÇÃO MOTORA/SENSITIVA

### 1. FUNÇÕES SOMATO-MOTORAS

#### AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR - ESCALA DE LOWER

<b>Legenda:</b> 0/5- Paralisia completa/ Ausência de contração 1/5- Esforço de contração visível mas não produz movimento 2/5- Movimento ativo possível não vencendo a força da gravidade 3/5- Movimento ativo possível vencendo a força da gravidade 4/5- Movimento ativo vencendo a resistência do observador 5/5- Força normal	MSup/ Inf Esq + drt	Flexão	Extensão	Adução	Abdução	Rotação interna/ pronação/ inversão	Rotação Externa/ supinação/ eversão	Desvio Radial	Desvio Cubital
	Dedos mão	4/5	4/5	4/5	4/5				
	Punho	4/5	4/5					4/5	4/5
	Antebraço					4/5	4/5		
	Cotovelo	4/5	4/5						
	Ombro	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5		
	Dedos pé	5/5	5/5	5/5	5/5				
	Tibiotársica	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5		
	Joelho	4/5	4/5						
	Coxo-femural	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5		

## 2 - FUNÇÕES SOMATO-SENSITIVAS

### 2.1- SENSIBILIDADE

LEGENDA: M- MANTIDA; D- DIMINUÍDA; 0- AUSENTE; NR- NÃO REALIZADA				
Data da Avaliação				
	Tátil	Dolorosa	Térmica	Postural
Hemiface direita	M	M	NR	M
Hemiface esquerda	M	M	NR	M
hemitorax direito	M	M	NR	M
hemitorax esquerdo	M	M	NR	M
Memb. sup. Drt	M	M	NR	M
Memb. Sup. Esq.	M	M	NR	M
Memb. Inf. Drt.	M	M	NR	M
Memb. Inf. Esq.	M	M	NR	M

### 2.2 - TÔNUS MUSCULAR

*Tabela 1. Escala de Ashworth.*

Escore	Grau do Tônus Muscular
1	Sem aumento de tônus
2	Leve aumento de tônus (“canivete”)
3	Moderado aumento do tônus
4	Aumento do tônus acentuado
5	Rigidez em flexão ou extensão

	Tônus Muscular
Memb. sup. Drt	1
Memb. Sup. Esq.	1
Memb. Inf. Drt.	1
Memb. Inf. Esq.	1



## **1ª Avaliação do Enfermeiro Especialista de Reabilitação**

Apresenta-se consciente e orientada no espaço, tempo e pessoa. Comunica de forma eficaz, com discurso coerente e compreensível.

Pele e mucosas moderadamente coradas e hidratadas, com integridade cutânea mantida.

Eupneica em repouso com respiração toracoabdominal de 20 ciclos por minutos, com presença de reflexo de tosse eficaz. Sem secreções. Faz O2 a 1l/m por ON de forma intermitente, mantendo SPO2 de 92/93% sem aporte de O2 e SPO2 de 94/95% com aporte de O2. Tem cansaço a médios esforços.

Restantes parâmetros vitais dentro da normalidade para a utente.

Alimenta-se de forma autónoma de dieta ligeira à mesa (alimentos previamente cortados).

Tem continência vesical e intestinal. Usa fralda de proteção.

Tem apoio da [REDACTED] para a higiene diária duas vezes ao dia. Filho providencia a maioria das refeições para o casal, sendo que a [REDACTED] providencia as mesmas quando não é possível ao filho estar presente.

Apresenta diminuição da força em todos os membros (força 4/5 na escala de Lower), sendo que teve um agravamento do seu estado de saúde em Agosto de 2013, altura em que foi internada na UMDR da [REDACTED] onde permaneceu internada 3 meses, tendo sido posteriormente referenciada para esta ECCI. Mobiliza-se atualmente com apoio de andarilho ou de terceiros.

Vive numa moradia T4 com o marido de 89 anos, com boas condições de higiene, mas com 2 degraus na entrada da mesma que são altos e dificultam a sua saída ao exterior. Filho do casal bastante unido aos pais, presta apoio e está presente diariamente. Neste momento a equipa da UCC aguarda a providência de um degrau por parte do filho para tentar facilitar esta saída. Filho referiu também que pretende comprar uma pedaleira para permitir a equipa progredir com os exercícios terapêuticos para re aquisição da força muscular da utente.

A utente encontra-se sempre muito motivada e colabora em todos os exercícios terapêuticos que lhe são propostos. Filho e marido bastante satisfeitos com os resultados obtidos desde a integração da utente na ECCI (mobilidade e resistência ao esforço francamente melhorados).

## **PROGRAMA DE REABILITAÇÃO**

RFR. Faz-se dissociação dos tempos respiratórios, tal como exercícios de espirometria de incentivo de forma a melhorar a distribuição e a ventilação alveolar. Reeducação global costal.

RFM, Mobilizações ativas do MS e MI. Exercícios para reeducação do equilíbrio estático e dinâmico. Estimulação cognitiva e da memória. Treino do push-up. Exercícios de fortalecimento muscular dos MI.

Utente desloca-se com ajuda do andarilho ou de terceiros. Tem cansaço a médios esforços, que tem diminuído com a realização dos exercícios terapêuticos.

Tem como ajudas técnicas: andarilho adequado com travão de mão e assento para situações de cansaço. Bola para exercícios de treino dinâmico sentada e treino da memória/cognitivo. Filho vai adquirir degrau e pedaleira.

Plano Intervenção Individual:

- Ensino à utente/cuidadores sobre prevenção de quedas;
- Ensino à utente sobre consequências da imobilidade;
- Otimizar a mobilidade da utente;
- Otimizar a capacidade ventilatória da utente;
- Treino para aumento da força muscular da utente;
- Estimulação da memória/cognitiva.

Articulação com assistente social para assegurar a garantia da satisfação das NHB. Articular com a psicóloga para avaliação da utente.

## 5 - PLANO DE CUIDADOS

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO				
Problemas identificados	Objetivo	Métodos de ajuda	Tipos de sistema e Intervenções de enfermagem	Avaliação
Défi ce de Autocuidado para se mobilizar relacionado com diminuição da força muscular de todos os membros.	<p><i>Que a utente adquira força muscular em todos os membros.</i></p> <p><i>Que a utente melhore a sua mobilidade:</i></p> <p><i>-aumente a força muscular;</i></p> <p><i>-Melhore a amplitude dos movimentos;</i></p> <p><i>- Aumente a capacidade para se mobilizar;</i></p> <p><i>- Aumente a autoconfiança nas mobilizações autónomas.</i></p>	<p>- Orientar a utente relativamente ao plano terapêutico.</p> <p>- Ensinar a utente a realizar mobilizações ativas.</p> <p>- Ensinar estratégias de adaptação da utente ao meio em que se encontra.</p> <p>- Ensinar a utente a fazer mobilizações ativas de forma autónoma na ausência da enfermeira de</p>	<p>Sistema de assistência em enfermagem: parcialmente compensatório.</p> <p>Intervenções:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Explicar-lhe os objetivos do programa e de que forma pode colaborar nele;</li> <li>◆ Avaliação da mobilidade, assim como da força muscular em todos os membros;</li> <li>◆ Mobilizações ativas em todos os membros;</li> <li>◆ Ensino de mobilizações ativas que a utente poderá realizar de forma autónoma;</li> <li>• Ensino da realização de contrações isométricas dos MS e MI;</li> <li>• Treino do push-up;</li> <li>• Exercícios de fortalecimento muscular nos MI de forma a adquirir autonomia na subida e descida de degraus;</li> <li>• Solicitação de degrau e pedaleira/step ao filho da utente para fortalecimento muscular dos MI;</li> <li>• Realização de caminhadas no exterior do domicílio.</li> </ul>	

		PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO		
Problemas identificados	Objetivo	Métodos de ajuda	Tipos de sistema e Intervenções de enfermagem	Avaliação
		reabilitação.		

		PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO		
Problemas identificados	Objetivo	Métodos de ajuda	Tipos de Sistema e Intervenções de enfermagem	Avaliação
Défi ce de autocuidado relacionado com diminuição da força muscular de todos os membros manifestado por desequilíbrio dinâmico.	<i>Que a utente readquira o equilíbrio dinâmico.</i>	<p>Ensinar técnicas para treino do equilíbrio dinâmico.</p> <p>Ensinar técnicas para fortalecimento muscular para reaquisição do equilíbrio dinâmico.</p>	<p>Sistema de Assistência de enfermagem parcialmente compensatório – intervenções:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Sentar no cadeirão desencostada e realizar treino com a bola, permitindo à utente o treino do equilíbrio dinâmico sentada.</li> <li>♦ Realizar mobilizações ativas de pé com apoio na cadeira, alternando os MI.</li> <li>♦ Fazer reforços positivos das ações desempenhadas pela utente.</li> <li>♦ Realizar caminhadas com a utente, com apoio no andarilho no exterior do domicílio em terreno com inclinação.</li> </ul>	

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO				
Problemas identificados	Objetivo	Métodos de ajuda	Tipos de Sistema e Intervenções de enfermagem	Avaliação
Diminuição da capacidade cognitiva relacionada com a idade da utente, manifestada por discretos lapsos da memória.	Manter ou melhorar a capacidade cognitiva da utente.	Ensinar exercícios terapêuticos para estimulação cognitiva e da memória da utente.	<p>Sistema de Assistência de enfermagem parcialmente compensatório – intervenções:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Solicitar à utente para referir nomes de animais, cores ou provérbios quando realiza o exercício com a bola;</li> <li>•Incentivar a utente a contar histórias do seu passado;</li> <li>•Solicitar à utente que ensine receitas do tempo em que exercia atividade profissional como cozinheira;</li> <li>•Proporcionar à utente a caminhada ao exterior do domicílio de forma a ter oportunidade de conviver com os vizinhos e recordar histórias relacionadas com os locais marcantes do seu passado.</li> </ul>	

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO				
Problemas identificados	Objetivo	Métodos de ajuda	Tipos de Sistema e Intervenções de enfermagem	Avaliação
Risco de alteração do padrão de ventilação, relacionado a sua insuficiência	<i>Readquirir e manter um padrão ventilatório eficaz.</i>	Promover ambiente propício à otimização do padrão ventilatório.	<p>Sistema de Assistência de enfermagem educativo de apoio – intervenções:</p> <p>➤Avaliar padrão respiratório (frequência respiratória, amplitude respiratória, presença de dispneia, oximetrias periféricas);</p>	

		PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO		
Problemas identificados	Objetivo	Métodos de ajuda	Tipos de Sistema e Intervenções de enfermagem	Avaliação
cardíaca, manifestado por cansaço a médios esforços.			<p>➤Avaliar outros parâmetros como sinais de perfusão periférica, presença de secreções e suas características, eficácia da tosse, frequência cardíaca, pressão arterial, temperatura axilar;</p> <p>Sistema de Assistência de enfermagem parcialmente compensatório – intervenções:</p> <p>➤Ensinar e treinar consciencialização e dissociação de tempos respiratórios;</p> <p>➤Realizar abertura costal global com auxílio de bengala;</p> <p>➤Ensinar e treinar respiração abdomino-diafragmática;</p> <p>➤Realizar caminhadas no exterior do domicílio, aumentando de forma gradual a sua distância;</p> <p>➤Permitir à utente a colocação de O2 quando mais cansada;</p> <p>➤Treinar espirometria de incentivo.</p>	

## ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG

Adaptado de Ribeiro (2005)

Nome	IA	Idade	84
Sexo:	Feminino	Data	12/11/2014
Instituição	UCC C.+ / ECCI	IF	
		Avaliador	

### DESCRIÇÃO DOS ITENS

	Pontuação (0-4)
1. Da posição de sentado para a posição de pé	2
2. Ficar em pé sem apoio	0
3. Sentado sem apoio	4
4. Da posição de pé para a posição de sentado	2
5. Transferências	1
6. Ficar em pé com os olhos fechados	0
7. Ficar em pé com os pés juntos	1
8. Inclinar-se para a frente com o braço esticado	0
9. Apanhar um objeto do chão	0
10. Virar-se para olhar para trás	0
11. Dar uma volta de 360 graus	0
12. Colocar os pés alternadamente num degrau	0
13. Ficar em pé com um pé à frente do outro	0
14. Ficar em pé sobre uma perna	0
TOTAL	10



#### **Apêndice IV**

**Diário de Aprendizagem realizado na UCC**

#### Breve contextualização da utente:

Utente do género feminino com 84 anos de idade, tem como antecedentes de insuficiência cardíaca e cardiopatia hipertensiva. Reside numa moradia térrea com o marido, com boas condições de salubridade, habitabilidade e de fácil mobilidade. O marido, com 88 anos, tem boa condição de saúde, ajudando a esposa em tudo o que lhe é possível, dentro das suas limitações relacionadas com a idade. Tem o apoio do filho, que visita os pais diariamente e leva as refeições principais. À saída da casa, tem 2 degraus, sendo o segundo um pouco alto. Foi pedido pela equipa ao filho para providenciar um pequeno degrau para facilitar a saída da D<sup>a</sup> IA para o jardim exterior da casa.

O estado de saúde da D. IA agravou-se em Agosto de 2013, tendo sido integrada na RNCCI na UMDR da [REDACTED], onde permaneceu três meses. Atualmente faz oxigénio contínuo a 1 litro/minuto por óculos nasais (Spo2-94%). Retira o mesmo quando se encontra a fazer exercícios de reabilitação, sendo notório o aumento da sua resistência ao esforço ao longo do tempo que tem sido acompanhada pela ECCI. Necessita de apoio de terceiros para a higiene, mobilização, eliminação, usa fralda de proteção mas desloca-se ao WC com a ajuda do marido (mão dada). É independente na alimentação se os alimentos estiverem previamente cortados. Tem apoio da [REDACTED] para a higiene diária, duas vezes dia e para a alimentação (nos momentos em que o filho não consegue ir, devido a questões de trabalho). Atualmente passa a maior parte do tempo sentada a visualizar a televisão.

A utente consegue mobilizar todos os membros de forma autónoma, no entanto apresenta diminuição da geral da força muscular o que a impede de adquirir a posição ortostática de forma independente. Tem feito treino de push-up que tem sido eficaz. Notam-se francas melhorias. A utente tem mais força nos MI e MS, tem maior tolerância ao esforço e consegue realizar uma maior variedade de exercícios. Apresenta equilíbrio estático em posição bípede apenas por breves segundos, necessitando de apoio após estes. Tem equilíbrio estático e dinâmico mantido na posição de sentada.

A utente mostra-se sempre interessada e motivada para a realização dos exercícios terapêuticos.

Ao longo das sessões de reabilitação, tem sido feitos movimentos ativos dos MS e MI, tal como dissociação dos tempos respiratórios e abertura costal global. Denota-se uma franca melhoria da força e resistência da utente ao esforço, apresentado menor frequência respiratória e necessitando de fazer menos pausas entre os exercícios terapêuticos.

Notas de enfermagem do dia:

Nesta última sessão, após prévia avaliação dos sinais vitais da utente e tendo em conta que a utente referiu ter andado a fazer caminhada na casa com o apoio do marido, propusemos realizar uma saída ao jardim em redor da casa. Esta foi a segunda saída da utente, desde o seu agravamento do estado de saúde em 2013. A utente mostrou-se interessada e fomos, levando o andarilho que ela utiliza como apoio alternativo ao apoio do marido. Na descida dos degraus da casa com ajuda, denotámos um aumento da força dos MI da utente e uma melhor coordenação motora que na primeira vez que efetuamos esta atividade no dia 15/10/2014. A utente então fez uma caminha em redor da casa com a nossa supervisão e apresentou mais resistência ao esforço, conseguindo caminhar durante um tempo mais prolongado que na caminhada anterior, sendo que na primeira caminhada tolerou 10 minutos e nesta última vez, tolerou 15 minutos. Posteriormente, antes de regressarmos ao interior da casa, efetuamos mobilização ativa dos MI e MS, tal como dissociação dos tempos respiratórios e abertura costal global (a utente permaneceu aqui, sentada no andarilho). Questionámos a utente acerca dos locais que gostava de visitar antes do agravamento do seu estado de saúde para ponderar um pequeno passeio a médio prazo, logo que a sua resistência ao esforço e força muscular o permitam.

## **Diário de Enfermagem da D. IA na semana de 27 a 31/10/2014**

**27/10**

Hoje encontrámos a D. IA bem-disposta. Perguntámos como se tem sentido, ao que respondeu que tem denotado um melhor bem-estar geral. Avaliámos os sinais vitais da utente, que se encontravam dentro dos parâmetros normais da utente. Como estava bom tempo, sugerimos ir à rua fazer uma caminhada. A utente gostou muito da ideia. Fomos assim à rua, e caminhamos durante cerca de 300m. Esta rua era uma descida com aproximadamente 15º de inclinação, mas como para o regresso implicaria um maior esforço, deixámos a utente descansar durante um período. Durante este tempo, a utente viu várias pessoas vizinhas que a foram cumprimentando e mostrando agrado por a verem novamente na rua. A utente ficou muito agradada. Posteriormente regressámos à casa da utente. Nesta segunda fase da caminhada, a utente à chegada ao seu domicílio, referiu encontrar-se muito cansada, sendo evidente um aumento da frequência respiratória da utente. Aqui, a mesma já não se sentiu capaz de fazer mais exercícios terapêuticos além da dissociação dos tempos respiratórios e da abertura costal global. Assim, combinámos que na próxima vez, iríamos experimentar subir a rua numa fase inicial, de forma a que o regresso fosse menos complicado para a mesma. Apesar do cansaço, a utente referiu ter ficado muito agradada pelo fato de ter tido oportunidade de reviver um pouco do que era o seu dia-a-dia antes do último agravamento do seu estado de saúde.

**29/10**

Hoje encontrámos a D. IA bem disposta. Avaliámos os SV, tal como nos outros dias, que se encontravam dentro da normalidade para a utente (TA-123/64mmHg; FC 49 bat/min). Posteriormente, sugerimos à utente a caminhada sugerida na última visita, à qual a mesma se dispôs de imediato. Assim, fomos fazer a caminhada. Denotámos de imediato uma maior força nos MI na descida dos 2 degraus da sua casa, relativamente à vez anterior, e que a mesma sente mais segurança nesta atividade. Posteriormente na rua, quando

sugerimos à utente (200m depois) um período de descanso para posteriormente voltar para trás, a mesma pediu para caminharmos mais 20m até a um terreno que o marido até há 1 ano atrás cultivou, pois nunca mais tinha tido oportunidade de lá ir e assim conseguiria ver como este se encontrava. Quando lá chegámos, a utente contou-nos várias histórias da sua vida relacionadas com este terreno e enquanto esperávamos que ela descansasse sentada no andarilho e ela nos contava essas histórias, foi abordada por mais vizinhos que mostravam um carinho muito grande por esta. Posteriormente regressámos ao domicílio, onde efetuamos dissociação dos tempos respiratórios e abertura costal global.

Hoje a utente mostrou satisfação por ter ido relembrar um pouco da sua história de vida a um local que a marcou durante vários anos.

**31/10/2014**

Hoje fomos ao domicílio da D IA mais cedo que nos dias anteriores, pelo que a utente ainda não tinha sido cuidada pelos funcionários da [REDACTED] e ainda se encontrava em camisa de dormir. A utente mostrou-se um pouco embaraçada por isso, pois gosta de estar arranjada quando chegamos, mas logo procurámos coloca-la confortável no que se refere a esse aspeto. Assim sendo, optámos por realizar os exercícios terapêuticos em casa. Começámos por avaliar os SV para nos certificarmos que estariam reunidas condições para a utente efetuar os exercícios e demos então início à sequência de exercícios. Efetuamos mobilizações ativas dos MS e MI com a utente sentada para fortalecimento da força muscular dos membros, tal como para treino do equilíbrio. Posteriormente, com recurso a uma cadeira, efetuamos também vários tipos de mobilizações ativas dos MI com a utente na posição de bípede, apoiando-se na cadeira. No final, experimentámos um novo exercício que eu e a enfª M.J. tínhamos pensado para a utente para um maior fortalecimento muscular dos MI (elevação dos calcâneos, apoiada na cadeira). Inserimos também um novo exercício no treino dos MS sentada para treino da força e coordenação motora dos mesmos (rotação das mãos uma em redor da outra em ambos os sentidos). A utente foi capaz de fazer ambos os novos exercícios,

referindo considerar serem um pouco mais complicados de fazer do que os habituais.

## **Diário de Enfermagem da D. IA de 5/11/2014 e 10/11/2014**

### **5/11/2014**

Hoje encontrámos a D. IA bem-disposta. Perguntámos como se tem sentido, ao que respondeu que tem denotado um melhor bem-estar geral. Avaliámos os sinais vitais da utente, que se mantinham dentro dos seus parâmetros habituais. Hoje tínhamos combinado que cortaríamos as unhas dos pés da utente, pelo que ela se encontrava com os pés em água morna quando chegámos e efetuamos esse cuidado, tal como previamente combinado. Posteriormente, como estava bom tempo, sugerimos ir à rua fazer uma caminhada. A utente gostou muito da ideia. Fomos assim ao exterior da casa, onde o seu marido se encontrava a fazer pequenas atividades de jardinagem. O filho encontrava-se presente, e ficou bastante feliz por ver a mãe a caminhar, com a ajuda do andarilho, evidenciando menos sinais de cansaço aos esforços (menor dispneia e menor necessidade de pausas para descanso). Assim, a utente, o marido e o filho foram relembando algumas pequenas histórias do seu passado ao longo desta caminhada. No fim da visita, fizemos dissociação dos tempos respiratórios, já com a utente sentada no cadeirão no interior da casa, tal como abertura costal global com recurso a uma bengala. Nesta visita, denotou-se um ligeiro aumento da força muscular dos MI a subir e descer degraus.

### **10/11/2014**

Hoje encontrámos a D. IA bem disposta. Avaliámos os SV, tal como nos outros dias, que se encontravam dentro dos seus parâmetros habituais (TA - 143/76mmHg; FC – 64bat/min) para nos certificarmos que estariam reunidas condições para a utente efetuar os exercícios e demos então início à sequência de exercícios. Como hoje estava a chover, realizamos os cuidados de reabilitação dentro de casa. Efetuamos mobilizações ativas dos MS e MI com a utente sentada para fortalecimento da força muscular dos membros, tal como

para treino do equilíbrio. Posteriormente, com recurso a uma cadeira, efetuamos também vários tipos de mobilizações ativas dos MI com a utente na posição de bípede, apoiando-se na cadeira. No final, repetimos o novo exercício que eu e a enfª M.J. tínhamos pensado para a utente para um maior fortalecimento muscular dos MI (elevação dos calcâneos, apoiada na cadeira) que a utente realizou com maior destreza que na vez anterior. Inserimos também um novo exercício para o fortalecimento da força muscular dos MI (sugerimos o agachamento que a utente conseguisse realizar, com apoio na cadeira), sendo que considerámos ter tido sucesso pois a utente conseguiu cumprir o objetivo. A utente demonstrou-se sempre motivada para a realização destes.

### **Diário de Enfermagem da D. IA de 12/11/2014 e 10/11/2014**

#### **12/11/2014**

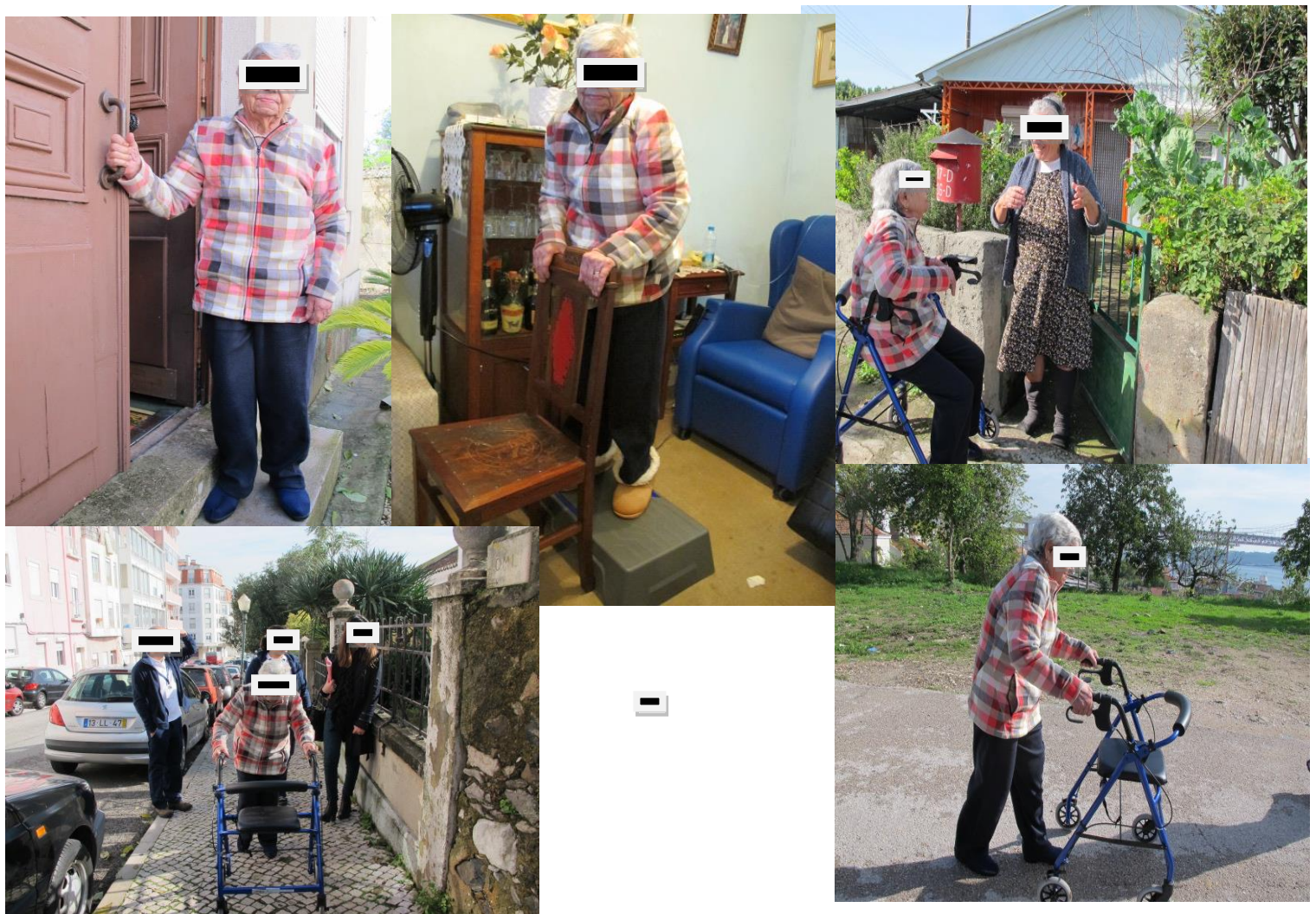
Hoje encontrámos a D. IA bem disposta. Avaliámos os SV, tal como nos outros dias, que se encontravam dentro dos seus parâmetros habituais (TA - 124/67mmHg; FC – 56bat/min; SPO2 de 92%) para nos certificarmos que estariam reunidas condições para a utente efetuar o treino terapêutico e demos então início ao mesmo. Como hoje estava bom tempo, questionamos a utente se desejava fazer uma caminhada à rua, para a qual se dispôs imediatamente de forma motivada. Fomos assim com a utente, com apoio do andarilho, à rua realizar uma caminhada. Percorremos uma distância de cerca de 300m no total. Quando parámos para a utente descansar junto ao terreno que o marido da utente cultivou durante 40 anos, e como conseguíamos ver o primeiro palácio em que a mesma trabalhou com o marido, aproveitamos para incentivar a utente a contar algumas das suas histórias do tempo que trabalhava lá com o marido. Quando regressámos ao domicílio da utente, o marido da mesma estava a fazer pequenos trabalhos no quintal e o filho da mesma estava a fazer o almoço para si e para os pais. Aqui, já com a utente sentada no cadeirão, realizámos dissociação dos tempos respiratórios, assim como abertura costal global. Posteriormente avaliamos novamente a SPO2 da utente que era de 93% em ar ambiente.

Denotamos uma tolerância ao esforço progressivamente maior com os treinos terapêuticos. Denotámos também neste dia uma maior facilidade da utente na descida e subida dos degraus da entrada do domicílio.

Hoje reforçámos o pedido do step/degrau ao filho, que referiu ir providenciar o step, no caso de não conseguir o degrau no seu local de trabalho.

A utente demonstrou sempre motivação para a realização do treino terapêutico.

### **Algumas fotos das atividades com a D. IA**





## **Apêndice V**

### **Reflexões de aprendizagem realizadas na UCC**

## **1ª reflexão de aprendizagem na UCC**

Concluída esta primeira semana de estágio, dou por mim a pensar numa série de questões e dúvidas pessoais relativamente a toda esta caminhada que se inicia. Primeiro, o tentar entender toda a dinâmica que uma UCC envolve, e como consequência, uma ECCI. Relativamente a esta questão, fui questionando as enfermeiras especialistas em enfermagem de reabilitação (EEER) e esclarecendo algumas questões. Tenciono brevemente ficar mais esclarecida relativamente a esta temática, através de pesquisa pessoal de informação existente na UCC, tal como de outra bibliografia que se torne pertinente para dissipar estas minhas dúvidas. A Enf<sup>a</sup> A. referiu que logo que seja possível, nos esclarecerá um pouco mais acerca desta temática e irá fornecer alguma bibliografia nesse sentido.

Tendo em conta que a enfermagem de reabilitação se dirige à pessoa em todas as fases do ciclo vital, com o objetivo de promover a saúde da pessoa no que diz respeito à prevenção dos riscos de alteração da sua funcionalidade que determinam limitações da atividade e/ou incapacidades, promover os processos de readaptação sempre que surjam alterações funcionais e promover a capacidade para o autocuidado da pessoa com necessidades especiais ou deficiência (Ordem dos Enfermeiros, 2011), considero fundamental conhecer a dinâmica das unidades que cuidam estas pessoas. Constituindo as ECCI parte destas unidades, considero importante ter conhecimento do seu principal objetivo e da dinâmica das mesmas, de uma forma sumária. Assim, pretendo em breve me sentir esclarecida relativamente a este assunto.

Seguidamente, procurámos conhecer pelo menos a maioria dos utentes que a UCC neste momento se encontra a cuidar. Conheci variadíssimas realidades, e percebi que na verdade, os idosos/pessoas dependentes que se encontram na comunidade podem ter um grande apoio, sem necessidade de se encontrarem institucionalizados. Confesso um completo desconhecimento deste tipo de realidade, pois até então, apenas tinha conhecimento de situações nas quais se verificava o abandono ou indiferença das famílias.

Poucos eram, até agora, os casos que eu tinha conhecimento da existência de apoio familiar.

Ao conhecer toda esta envolvimento, sinto-me cada vez mais motivada para a aquisição de competências na enfermagem de reabilitação (ER), de forma a que num futuro próximo, tenha o prazer de ter tido um papel ativo no processo de reabilitação destas pessoas, de forma a ter consciência de que as ajudei a atingir o seu potencial máximo de funcionalidade.

Decorrida esta semana, houve um assunto que despertou particularmente a minha atenção e sensibilidade: a importância do cuidador e do apoio prestado a este. Desde que iniciei o meu percurso na minha formação como futura EEER, foi sempre dada primordial importância ao cuidador e à parceria com este. Mas o que me marcou mais nestas visitas, foi quando interiorizei todo o trabalho e toda a envolvimento que implica para estes cuidadores, se responsabilizarem pelos cuidados destas pessoas. Só agora percebo objetivamente o quanto é difícil para estes cuidadores assumirem este papel. Sousa, Zarameli, Ferrari, & Frigero (2008) salientam a importância da promoção do bem-estar e qualidade de vida dos cuidadores, assim como a prevenção das crises que poderão ocorrer na sequência do ato de cuidar, pois é dessas pessoas que dependem os indivíduos que necessitam de cuidados, os quais não têm condições financeiras para contratar alguém especializado para a realização dos respetivos cuidados. Os mesmos autores referem também a importância da orientação ao cuidador quanto à saúde, a qual poderá acarretar significativos benefícios para a recuperação do utente, nomeadamente nos conhecimentos sobre a doença, tal como estratégias de atuação perante esta.

Existe um caso específico, de entre os utentes que a UCC se encontra a cuidar, que mereceu especialmente a minha atenção/reflexão. O Sr. JE é um indivíduo de 40 anos, com uma doença neurológica degenerativa progressiva de etiologia desconhecida que lhe foi diagnosticada aos 17 anos. Atualmente encontra-se afásico, acamado, sem força nos MI, com alguma força mantida nos MS. O MID encontra-se com padrão espástico ligeiramente instalado, menos evidente desde o início dos cuidados de reabilitação prestados por esta

unidade. Tem necessidade de ser alimentado por SNG. A mãe deste utente é a sua principal cuidadora, e embora a mesma se encontre perfeitamente integrada e consciente da melhor forma de cuidar do seu filho (baseando-me no excelente estado em que encontramos o filho da senhora, tal como os muitos conhecimentos que a senhora demonstra no discurso que tem quando conversa connosco), considero fundamental o apoio contínuo desta cuidadora. Assim sendo, nesta semana, num dos dias, o Sr JE apresentava sinais do que aparentava uma trombose venosa profunda, pelo que foi observado pelo médico de família e devidamente medicado, com indicação para repouso absoluto e manter meias de contenção. Apesar disso, entendi a necessidade de a enf<sup>a</sup> A. ter realizado a visita domiciliária. Esta mãe tem necessidade de se sentir continuamente apoiada no que se refere aos cuidados que ela tem com o filho. Angelo (1997) citado por Schnaider, Silva, & Pereira (2009) refere que pensar na família constitui um desafio para os profissionais de saúde, principalmente tendo em conta que os cuidados estão orientados para atender as necessidades da pessoa e não da unidade familiar, indo assim além da orientação e espera da colaboração da família no desempenho de ações para o cuidado em prol do familiar doente. Schnaider, Silva, & Pereira(2009) referem que não há cuidador absoluto, tendo em conta que este também tem a necessidade de ser cuidado. Os mesmos referem que este também carece de ser cuidado, tendo alguém que lhe dê suporte e que o substitua, que lhe ofereça proteção e apoio, facilitando assim o seu desempenho. Aqui, quando refleti sobre este assunto, entendi a extrema importância do apoio ao cuidador, o qual nunca deverá ser descurado no processo de reabilitação do utente, assumindo este um papel fundamental, sendo o principal parceiro no processo de cuidar. Assim, deverei procurar estar sempre atenta às necessidades/dúvidas ou eventuais sinais de desgaste/cansaço por parte desta mãe, tal como de todos os cuidadores com que me irei deparar.

## **Bibliografia:**

- Enfermeiros, O. d. (22 de 10 de 2011). *Ordem dos Enfermeiros*. Obtido de Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceereabilitacao.pdf>
- Schnaider, T. B., Silva, J. V., & Pereira, M. A. (2009). Cuidador Familiar de Paciente com Afecção Neurológica. *Saúde Soc. São Paulo*, 18, 284-292.
- Sousa, A. G., Zarameli, R. C., Ferrari, R. A., & Frigero, M. (21 de Outubro de 2008). Avaliação da qualidade de vida de cuidadores de pacientes com sequelas neurológicas. *ConScientiae Saude*, 4, pp. 497-502.

## 2ª reflexão de aprendizagem na UCC

Terminada esta segunda semana de estágio, torna-se pertinente refletir acerca dos acontecimentos ocorridos ao longo desta, tal como a minha aprendizagem perante estes e de que forma poderei mudar a minha atuação.

Iniciei esta semana de forma a tentar esclarecer as minhas dúvidas acerca do que é afinal a RNCCI (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados). Assim, após consultar informação existente na UCC (Unidade de Cuidados Continuados) e uma breve pesquisa por mim efetuada, consegui entender melhor o que é uma ECCI. Assim, segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2009, sem pag.), a criação da RNCCI

*"procura dar resposta às carências de cuidados, decorrentes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes, do aumento de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida. Para tal, o modelo de intervenção articulado da saúde e da segurança social tem natureza preventiva, recuperadora e paliativa, estando situado num nível intermédio entre os cuidados de base comunitária e os de internamento hospitalar."*

Uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, os quais são decorrentes da avaliação integral dos utentes por uma equipa multidisciplinar (que inclui cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros), a qual presta cuidados a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma. Esta avaliação integral é efectuada em articulação com o centro de saúde e a entidade que presta apoio social, sendo que se apoia nos recursos locais disponíveis, no âmbito de cada centro de saúde, conjugados com os serviços comunitários, nomeadamente as autarquias locais (OE, 2009). Tomei conhecimento, com esta pesquisa, de mais informação acerca da RNCCI que poderá ser útil para mim neste estágio,

mas penso que esta informação acima citada, define, de uma forma resumida, um pouco do que é esta unidade em que me encontro a realizar este estágio.

Ao longo desta semana, tive oportunidade de conhecer os restantes utentes da UCC e, após reunião com a colega de estágio e com as enfermeiras orientadoras, definimos com que enfermeira ficaríamos a realizar o estágio.

Nestes dias de estágio, tive já oportunidade de começar a ter um papel mais ativo nas visitas que efetuamos aos utentes. Comecei também, sob a supervisão da enf.<sup>a</sup> MJ, a fazer registos e explorar a plataforma de registos utilizada na UCC.

Quando dei início à prática de exercícios terapêuticos nas casas dos utentes, sob a supervisão da enf.<sup>a</sup> MJ, fiquei realmente satisfeita pelas oportunidades de aprendizagem com que me deparei. No entanto, existem variadas lacunas que pretendo corrigir no decorrer da prática dos cuidados.

Sinto, nesta fase, necessidade de ter mais atenção à minha posição ergonómica, pois apesar de tentar ter este aspeto em atenção quando me encontro a prestar cuidados, reconheço que há ainda um grande trabalho a desenvolver nesse sentido, pois senti algumas lombalgias no final de alguns dos dias de estágio. A enf.<sup>a</sup> MJ procura corrigir esse aspeto sempre que se justifica, no entanto, terei que interiorizar esses pormenores.

Outro aspeto a ter em conta, é a primordial importância de sistematizar os exercícios programados para cada utente (os quais têm um plano de cuidados personalizado, consoante as suas necessidades e potencialidades, sendo fundamental a sua constante atualização). Sinto, nesta fase, que nem sempre sistematizo da melhor forma a sequência lógica dos exercícios terapêuticos. Assim, no futuro, procurarei sistematizar de uma forma lógica a sequência dos exercícios terapêuticos, de forma não só a rentabilizar o tempo disponível, como também a ter em conta a minha ergonomia, não tendo assim que fazer mais esforços do que os necessários.

## **Bibliografia:**

Enfermeiros, O. d. (Março de 2009). *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - Referencial do Enfermeiro*. Obtido em 10 de Outubro de 2014, de Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/rncci%20-%20v.final%20referencial%20do%20enfermeiro%20-%20abril%202009.pdf>



### **3ª reflexão de aprendizagem na UCC**

Finalizada esta primeira metade do meu estágio clínico em ECCI, considero pertinente efetuar uma breve reflexão acerca da utente que mais me marcou, sob o ponto de vista da Reabilitação e até mesmo pessoalmente, pois através desta utente, consegui ver espelhados uma série de aspetos que definem um pouco o que é a Reabilitação.

Leite & Faro (2005) referem que, devido à sua formação e atuação profissional, o enfermeiro desenvolve papéis nos âmbitos educativos, de gestão, na coordenação e implementação da assistência de enfermagem ao binómio Paciente/família e à comunidade. Os mesmos autores consideram que a Reabilitação constitui um processo dinâmico, o qual está orientado para a saúde, auxiliando assim o indivíduo doente ou incapaz com o objetivo de atingir o seu maior nível possível de funcionalidade física, mental, espiritual, social e económica. Assim sendo, o processo de Reabilitação ajuda a pessoa a alcançar uma concebível qualidade de vida com dignidade, autoestima e independência, recuperando assim o seu nível de funcionalidade pré-doença ou pré-incapacidade no menor tempo possível.

A dona IA é uma senhora com 84 anos, com antecedentes de cardiopatia hipertensiva e ICC. Esta utente vive com o marido de 88 anos e tem visitas diárias do único filho. Tem apoio da [REDACTED] atualmente para a higiene. Trata-se de uma utente que quando foi referenciada para a ECCI, passava a grande maioria do seu tempo no leito e as mobilizações que efetuava eram escassas. Estava apática, após um agravamento do seu estado de saúde em Agosto de 2013. Após andar a ser seguida na UMDR da [REDACTED], foi referenciada para esta ECCI. Ingressou nesta ECCI em 11/07/2014.

A família constitui a primeira unidade social na qual o indivíduo se insere tal como também constitui a primeira instituição que contribui para o desenvolvimento da pessoa, para a sua socialização e para a formação da sua personalidade. É através da família que cada geração assume em graus

diversos, as suas responsabilidades para com os seus membros. A família constitui ainda um espaço natural no qual é realizada a transmissão de valores éticos, culturais, sociais e cívicos (Pinto, 1999). Este mesmo autor refere que as sociedades se baseiam nas famílias, que são o primeiro lugar onde as pessoas com limitações encontram as convivências com as pessoas consideradas “normais”, nas quais a pessoa com limitações sente aceitação, amor, apoio e acolhimento, que a levam à iniciativa e à própria autonomia. Dada a forma como a pessoa com limitações vive, esta necessita de ser encorajada nos seus esforços, reconhecida pelos êxitos alcançados, e ser confortada e ter atenção perante os insucessos.

Desde o seu internamento nesta ECCI, com a colaboração do filho, que providenciou alguns materiais simples (bola) e um andarilho adaptado às necessidades da utente, foi iniciado um programa de reabilitação adequado à utente, tendo-se verificado grandes progressos. Atualmente a utente deambula com andarilho, conseguimos levá-la à rua visitar locais que foram marcantes ao longo da sua vida, e em todas as nossas visitas, encontramos sempre a utente bastante motivada para o seu processo de reabilitação. O filho e o marido estão radiantes com todos os progressos que se obteve até hoje com a utente. Atualmente aguardamos a entrega por parte do filho de um pequeno degrau para fazer exercícios de fortalecimento muscular dos MI com a utente, assim como para auxílio da utente com o objetivo de descer os 2 degraus na entrada da sua casa (sendo um deles alto). Este caso tem-me feito refletir de uma forma considerável acerca da essência da Reabilitação, e do efeito e todo o bem que um enfermeiro de Reabilitação pode provocar numa família inteira. Fez-me também refletir acerca da necessidade constante de procura de algo no meio em que a pessoa se encontra inserida que favoreça o seu processo de reabilitação: a necessidade de uma criatividade contínua. O fato de nenhum dia ser igual aos anteriores, no que se refere ao tipo de exercícios terapêuticos que efetuamos com a utente, tem constituído para mim um desafio constante, pois estamos sistematicamente a reorganizar o nosso plano terapêutico, de forma a dar continuidade à evolução desta utente. Este último fator prende-se com a notável evolução desta utente, que nos leva a fazer uma pesquisa constante de

novos exercícios terapêuticos, de forma a conseguirmos assim progredir um pouco mais o treino.

Assim, sinto uma crescente necessidade de pesquisa pessoal e de em conjunto com a minha enfermeira orientadora, efetuar uma constante atualização do plano de cuidados para esta utente.

### **Bibliografia:**

Leite, V. B., & Faro, A. C. (2005). O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. *Rev Esc Enferm USP*, 1, pp. 92-96.

Pinto, S. (1999). Abordagem ao papel e funções da família face à pessoa com deficiência e a celebração do AIF. *Hospitalidade*, 227-228, pp. 47-54.

#### **4ª reflexão de aprendizagem na UCC**

Finalizado este meu primeiro estágio clínico, torna-se pertinente efetuar uma reflexão acerca desta minha passagem pela comunidade.

Tal como verbalizei com a minha professora orientadora e com a enfermeira que me orientou neste campo de estágio, nunca imaginei que uma UCC, integrada numa ECCL, tivesse capacidade para marcar de forma tão positiva a vida de uma pessoa e dos seus familiares diretos. Desconhecia, até esta experiência, todo o manancial de cuidados diretos/indiretos que é possível prestar nestas famílias.

Sentia, no dia-a-dia, que a chegada da nossa equipa às casas dos utentes era sentida tanto pelos utentes como pelos cuidadores informais, motivo de alegria/descanso. Tivemos inclusive, vários cuidadores que sentiam a presença da equipa como se fosse “os seus anjos da guarda”.

Tive oportunidade de perceber como funcionam as ECCL, assim como de presenciar a admissão e alta de vários utentes. É fantástica a sensação de receber um utente que não se consegue mobilizar ou tem sérias dificuldades na realização das suas atividades de vida diária básicas e após a chegada da equipa de ECCL, progressivamente, conseguem-se observar francas melhorias, tanto a nível motor como também cognitivo/motivacional para a realização destas. Alguns dos utentes que a equipa cuidava, tratavam-se de pessoas acamadas, totalmente dependentes nas suas AVD's, sendo que o objetivo da reabilitação para estes era apenas manter a mobilidade ou força ainda existente nos MS's ou MI's. A alegria e sentimento de agradecimento destes utentes e cuidadores informais é para mim indescritível. O meu reconhecimento pelo trabalho realizado na comunidade aumentou de forma considerável com esta minha passagem pela comunidade. A criatividade, nestas equipas, é fundamental, pois por vezes os recursos materiais/hoteleiros/humanos são escassos e temos que os gerir da melhor forma. Por vezes, quando verificamos que são insuficientes, temos que recorrer à colaboração direta da assistente social para a aquisição destes ou mesmo para a solicitação de obras no domicílio do utente, de forma a possibilitar o processo de cuidados.

Relativamente à equipa que me acolheu, senti uma imensa hospitalidade ao longo de todo o estágio. Demonstraram sempre disponibilidade para dar resposta às minhas questões, assim como para ajudar nas situações que pudessem causar algum tipo de dúvida.

Tive, na enfermeira orientadora, um excelente exemplo de enfermeira especialista que eu própria gostaria de ser no futuro. Sempre eficaz nos cuidados e nas respostas às situações que careciam de atenção especial. Tinha sempre em atenção a necessidade de atualizar os planos de cuidados, nunca sendo os cuidados terapêuticos realizados a um utente iguais aos do dia anterior. Procurou constantemente realizar exercícios terapêuticos novos, logo que sentia que o utente realizava os anteriores exercícios de forma confortável, motivando-os assim para a realização dos mesmos, capacitando-os desta forma nas suas capacidades motoras e cognitivas. Deixava sempre indicação para os utentes realizarem exercícios na ausência da ECCL, tal como os incentivava a ver ou lembrar determinadas notícias/receitas/outros, de forma a serem abordados na visita seguinte, estimulando-os cognitivamente. A excelente relação que a enfermeira orientadora mantinha com os utentes/cuidadores refletia-se também na grande confiança que estes depositavam na mesma. Esta atitude facilitou e fomentou a minha adaptação e relacionamento com os utentes e cuidadores informais, os quais nos dias em que não me encontrava em estágio questionavam a minha ausência.

Neste estágio verifiquei que nesta vertente comunitária, o enfermeiro de reabilitação articula-se com a respetiva instituição de onde provém o utente, iniciando assim um processo de intervenção na pessoa e família diretamente envolvida, de forma a capacitar estes intervenientes no processo de re aquisição das capacidades funcionais e cognitivas do utente, com a colaboração direta dos cuidadores informais envolvidos.

Tendo em conta todos estes fatores, considero que tive uma excelente oportunidade de aprendizagem neste campo de estágio. Considero ter desenvolvido as minhas competências como futura EEER, tal como considero ter atingido os objetivos a que me propus neste campo de estágio. Tive variadas oportunidades de desenvolver competências na reabilitação motora dos utentes, fui capaz de realizar e atualizar o planeamento de cuidados para os utentes que acompanhávamos, assim como também discuti com a minha

enfermeira orientadora algumas dessas atualizações, pois considero que seria imprudente aplicar os exercícios sem opinião prévia da mesma. A excelente criatividade da enfermeira que me orientou foi sempre geradora de uma maior motivação da minha pesquisa para a atualização/realização dos planos terapêuticos, de forma a dar resposta aos mesmos de forma eficaz e em tempo útil, articulando os mesmos com os conhecimentos teóricos previamente adquiridos.

Tive também 2 momentos em que tive oportunidade de articular os conhecimentos adquiridos na formação teórica com a prática da reabilitação funcional respiratória.

Percebi, com este estágio, que numa ECCL, a autonomia da EEER é muito superior à existente dentro do contexto hospitalar. No fundo, é esta que gere/articula todos os cuidados necessários para o utente e que referencia o mesmo para o profissional mais adequado para dar resposta a cada tipo de situação (assistente social, psicóloga, médico de família ou outras instituições de apoio).

Cabe ao enfermeiro tarefas diretamente relacionadas com a sua atuação junto ao utente, tal como a liderança da equipa e a gestão de recursos – físicos, materiais, humanos, financeiros, políticos e de informação – para a prestação de cuidados de enfermagem. Deste é exigido conhecimento, habilidades e que tenha atitudes adequadas para desempenhar o seu papel de forma a atingir resultados positivos (Cunha & Neto, 2006).

Esta ECCL em que realizei este estágio de aprendizagem é ainda recente (tem cerca de 1 ano). Os elementos que pertencem à mesma encontram-se bastante motivados/abertos à realização de novos projetos. Nesta ECCL têm o programa de preparação para o parto, prevenção de acidentes na primeira infância, cuidados de higiene e conforto ao recém-nascido e massagem ao recém-nascido. Neste último, tive oportunidade de participar em algumas sessões, pois era ministrado pela minha enfermeira orientadora. Gostei muito desta oportunidade e confesso ter ficado motivada a dar seguimento ou tentar instituir um programa deste género na minha instituição de trabalho no futuro e logo que reúna os requisitos necessários para o mesmo (realizando o respetivo curso que me acredite para esta atividade).

Neste estágio, sugeri, em conjunto com a minha colega de estágio, a realização/início de um projeto que infelizmente não conseguimos aplicar. A nossa intenção seria a realização de sessões de treino terapêutico nas juntas de freguesia que a ECCL abarca para a estimulação motora e cognitiva dos idosos que se mostrassem interessados nas mesmas. Apresentámos o projeto com a respetiva justificação do mesmo bem como com os exercícios propostos em tempo útil, mas infelizmente não foi marcada a realização de nenhuma destas sessões antes de finalizarmos o estágio. Sugerimos também, após a solicitação da ECCL, uma sessão de formação para os cuidadores informais que seria realizada nas instituições que colaboram com a ECCL, como a [REDACTED], ou mesmo na sede da ECCL para os cuidadores informais que residem com os utentes que se encontravam internados em ECCL, mas, à semelhança do projeto, também não foi marcada em tempo útil nenhuma das sessões. Relativamente a esta, também apresentamos o plano de formação bem como o suporte teórico da mesma em tempo útil. Assim, foi com pena que finalizámos este estágio sem ter oportunidade para avançar com estes 2 projetos.

**Bibliografia:**

Cunha, I. C., & Neto, F. R. (Julho-Setembro de 2006). Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio? *Texto Contexto Enferm*, 3, pp. 479-82.

## **Apêndice VI**

### **Proposta de formação na UCC**



# POSICIONAMENTOS, TRANSFERÊNCIAS E MECÂNICA CORPORAL

**Data:** Novembro de 2014 **Hora:** 14h  
**Local:** [REDACTED] **Destinatários:** Cuidadores  
**Formadores:** Enf. [REDACTED], Enf. Isabel Ferreira (alunas  
do 5º CMEER)  
**Contexto:** Ensino Clínico  
**Orientadoras do Ensino Clínico:** [REDACTED]  
**Professoras da escola:** P[REDACTED]



## POSICIONAMENTOS, TRANSFERÊNCIAS E MECÂNICA CORPORAL



- 0 - Introdução
- 1 - Mecânica Corporal
  - princípios gerais
- 2 - Posicionamentos
  - Decúbito Dorsal
  - Decúbito Semidorsal (direito e esquerdo)
  - Decúbito Lateral (direito e esquerdo)
- 3 – Transferências
- 4 – Comentário Final
- 5 – Avaliação da Acção de Formação

# 1 - Mecânica Corporal



## Três Conceitos Fundamentais

- **Centro de Gravidade** (centro ou a parte mais pesada de um objecto)
- **Linha de Gravidade** (linha imaginária que desce perpendicularmente através do centro da gravidade)
- **Base de Sustentação** (superfície em que assenta um objecto)

# 1 - Mecânica Corporal



Forma coordenada e eficaz de utilizar o corpo, ao movê-lo de um lado para o outro



## 1 - Mecânica Corporal



FONTE: ENFERMEIROS, ORDEM DOS – Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – posicionamentos, transferências e treino de deambulação. Guia orientador de boa prática. Cadernos OE. Série 1, número 7, 2013.

Relação entre centro de gravidade, linha de gravidade e base de sustentação.

## 1 - Mecânica Corporal



✓O **centro de gravidade** consiste no ponto exato em que o peso da parte superior do corpo é igual ao da parte inferior. A proximidade à base de sustentação determina a estabilidade do equilíbrio.

✓A **linha da gravidade** é uma linha imaginária traçada perpendicularmente ao centro de gravidade do objeto. Quando a linha de gravidade cai dentro da base de sustentação, obtém-se maior estabilidade.

# 1 - Mecânica Corporal



FONTE: ENFERMEIROS, ORDEM DOS – Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – posicionamentos, transferências e treino de deambulação. Guia orientador de boa prática. Cadernos OE. Série 1, número 7, 2013.



**A base de sustentação** é a área onde a pessoa está apoiada. Quanto maior for a base de sustentação, maior será a estabilidade alcançada. Na adoção de uma correta base de sustentação os pés devem estar virados no sentido do movimento.

## 1 - Mecânica Corporal



FONTE: ENFERMEIROS, ORDEM DOS – Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – posicionamentos, transferências e treino de deambulação. Guia orientador de boa prática. Cadernos OE. Série 1, número 7, 2013.

**Relação entre centro de gravidade, linha de gravidade e base de sustentação durante o manuseamento manual de carga.**

## 1 - Mecânica Corporal



### Princípios a ter:

- ❖ Nunca levantar pesos mais do que conseguimos segurar confortavelmente.
- ❖ Crie uma base de sustentação primeiro. Coloque os pés na largura dos ombros e coloque um pé meio passo à frente do outro.
- ❖ Não use as suas costas para fazer o trabalho pesado. Os músculos das costas não são os seus músculos mais fortes. Use as pernas.

## 1 – Mecânica Corporal



### Princípios a ter:

- ❖ Se a cama for baixa, coloque um pé sobre um banquinho. Isso vai aliviar a pressão sobre a região lombar.
- ❖ Podemos aumentar a estabilidade baixando o centro de gravidade e aumentando a base de sustentação.

## 1 - Mecânica Corporal



**Na movimentação dos doentes devemos:**

- ✓ Manter a coluna direita
- ✓ Utilizar pegadas consistentes (ex. resguardo)

(Dois profissionais um de cada lado da cama)

**Utilizar apoios técnicos sempre que seja possível**

## 1 - Mecânica Corporal



**Na movimentação dos doentes devemos:**

- ✓ Explicar sempre ao utente o que vai ser feito, pedindo a sua colaboração mesmo que seja mínima.
- ✓ Cruzar os braços do utente sobre o abdómen.
- ✓ As duas pessoas devem estar do mesmo lado da cama.
- ✓ Pedir ao utente para levantar a cabeça.



# 1 – Mecânica Corporal



## Na movimentação dos doentes :

- o O profissional que tem a parte mais pesada do corpo do utente é que dá as ordens (1,2,3..);
- o Os dois profissionais devem estar sempre na mesma posição, e o mesmo pé mais avançado;
- o Pés afastados cerca de 45cm;
- o Flectir as pernas antes de iniciar movimento;
- o Estabilizar região pélvica contraindo os músculos abdominais e glúteos.

## PRINCÍPIOS GERAIS DA MECÂNICA CORPORAL



# 1 - Mecânica Corporal



## CONSIDERAÇÕES

- Avaliar e planear previamente a situação
- Avaliar os nossos limites e força.
- Respeitar a funcionalidade do utente.
- Observar o estado do utente e circunstâncias que o rodeiam.
- Avaliar o grau de dependência.

# 2 - POSICIONAMENTOS



## POSICIONAMENTO:

Postura correcta em repouso, que permite uma adequado alinhamento dos diferentes segmentos do corpo, de modo a garantir a integridade e equilíbrio do sistema musculo - esquelético com o mínimo dispêndio de energia.



## 2 - POSICIONAMENTOS



### OBJECTIVOS:

- Manter o equilíbrio neuro-muscular e esquelético;
- Prevenir contracturas e atrofia musculares;
- Prevenir e/ou corrigir deformidades;
- Facilitar a respiração e a drenagem de secreções brônquicas;
- Garantir a integridade cutânea;
- Promover o retorno venoso;
- Promover o conforto.

## 2 - POSICIONAMENTOS



### ANTES DE INICIAR O POSICIONAMENTO

- Explicar ao utente o posicionamento;
- Pedir a sua colaboração (se possível);
- Explicar as vantagens;
- Manter a privacidade do utente;
- Preparar a unidade: colocar material necessário junto do utente; colocar base da cama na horizontal.

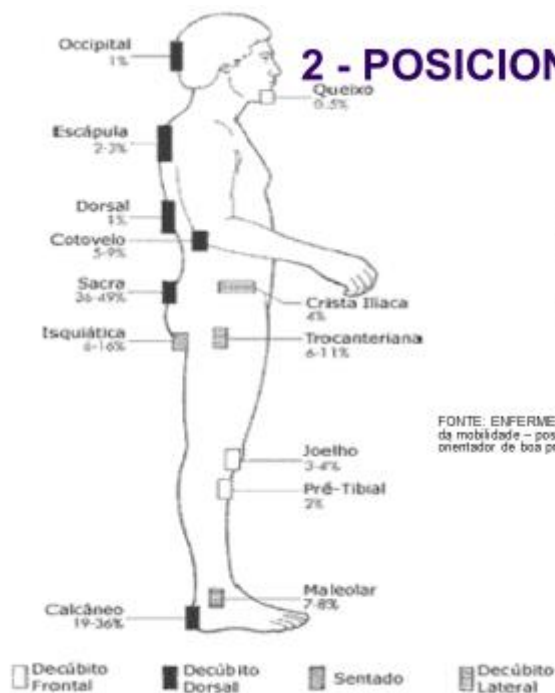
## 2 - POSICIONAMENTOS



### ANTES DE INICIAR O POSICIONAMENTO

(cont.)

- Colocar o utente em decúbito dorsal;
- Usar movimentos suaves mas firmes;
- Vigiar em cada mudança de posição as zonas de pressão (ex. omoplatas, calcaneos, trocanteres, região sagrada);
- Manter roupa limpa e esticada;
- Estabelecer tempo de permanência em cada posição.



FONTE: ENFERMEIROS. ORDEM DOS – Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – posicionamentos, transferências e treino de deambulação. Guia orientador de boa prática. Cadernos OE. Série 1, número 7, 2013.



## 2 - POSICIONAMENTOS



- Deve-se colocar um resguardo, ao fazer a cama, de modo a facilitar as deslocações do cliente.
- Devem usar-se materiais de prevenção de úlceras de pressão (colchão pressão alterna, proteção calcanhar ou cotovelo, almofadas,...).
- Ter sempre em conta que nenhum destes materiais é eficaz se o utente não for mudado de posição regularmente.

## 2 - POSICIONAMENTOS



- É essencial manter boas condições de higiene, do utente e da roupa da cama, bem como uma nutrição e hidratação adequadas;
- As substâncias que mantêm a pele hidratada e com um bom grau de elasticidade são benéficas e devem ser usadas em massagem, principalmente nas zonas de proeminência óssea;

## 2 - POSICIONAMENTOS



- Quando surge uma zona de rubor, deve massajar-se à volta, de modo a fazer uma melhor irrigação da zona, sem a pressionar;
- Está correto o uso de protetores de calcanhar desde que sejam facilmente removíveis para permitir a massagem e a visualização de controlo.

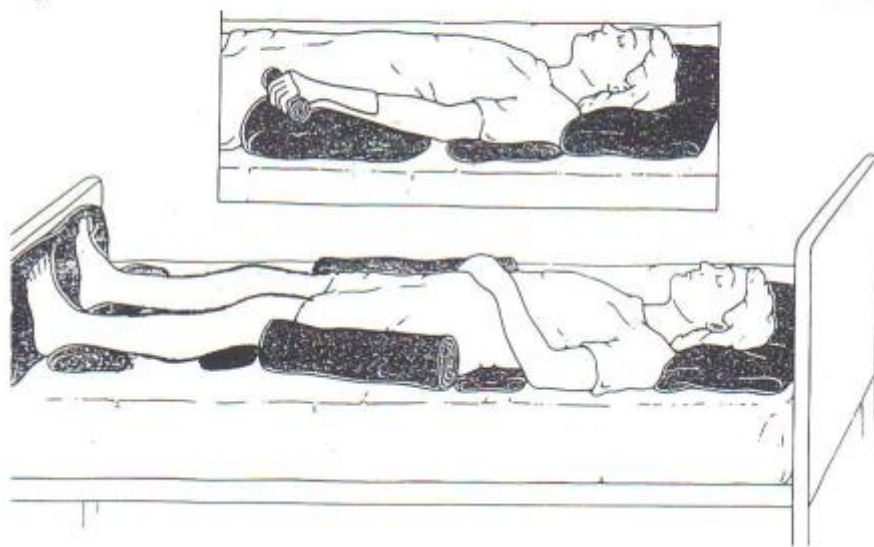
## 2 - POSICIONAMENTOS



### DEPOIS DE CADA POSICIONAMENTO

- Verificar o alinhamento do corpo, observando o doente dos pés da cama.
- Traçar uma linha imaginária entre o nariz e o dedo do pé.
- E, traçar duas linhas perpendiculares: ao nível do ombro e ao nível das ancas.
- Manter as articulações em posição funcional, ficando ligeiramente flectidas.
- Colocar roupa folgada nos pés.

## 2 - POSICIONAMENTOS DECÚBITO DORSAL



## 2 - POSICIONAMENTOS



### DECÚBITO DORSAL

- ❑ Cabeça e ombros ligeiramente elevados (evita contraturas)
- ❑ Membros inferiores ligeiramente flectidos (mantêm curvatura fisiológica)
- ❑ Apoio da anca (corrige rotação externa da articulação coxo-femural)
- ❑ Suporte dos pés (evita pé equino)

## 2 – POSICIONAMENTOS

### DECÚBITO SEMI-DORSAL



FONTE: ENFERMEIROS, ORDEM DOS – Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – posicionamentos, transferências e treino de deambulação. Guia orientador de boa prática. Cadernos OE. Série 1, número 7, 2013.

## 2 – POSICIONAMENTOS

### DECÚBITO SEMI-DORSAL DIREITO

- Almofada sob região cervical e cabeça;
- Almofada colocada na região dorsal, desde os ombros até à crista ilíaca;
- MS direito com articulação do cotovelo em flexão;
- MS esquerdo sobre a almofada;
- MI direito com ligeira flexão das articulações coxo-femural e do joelho;
- MI esquerdo com ligeira flexão.

## 2 – POSICIONAMENTOS

### DECÚBITO LATERAL



FONTE: ENFERMEIROS, ORDEM DOS – Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – posicionamentos, transferências e treino de deambulação. Guia orientador de boa prática. Cadernos OE. Série 1. número 7. 2013.

## 2 – POSICIONAMENTOS



### DECÚBITO LATERAL Direito

- ❖ Apoiar a cabeça e o pescoço (Previne flexão lateral da coluna cervical e a tensão dos músculos do pescoço)
- ❖ Membro inferior esquerdo flectido com apoio (evita rotação interna da articulação coxofemural, promove o alinhamento, previne deformidades, maior estabilidade)
- ❖ Membro superior esquerdo apoiado e flectido, evitando a rotação interna da articulação escapulo umeral
- ❖ Se necessário almofada nas costas.



## 2 – POSICIONAMENTOS



### MOBILIZAÇÕES NO LEITO

- Mover a pessoa no leito deve ser feito, preferencialmente, por **dois profissionais** em movimentos sincronizados e usando, quando possível, auxiliares como, por exemplo, o resguardo.
- Este deve ser enrolado junto ao corpo para garantir firmeza na preensão e melhor controlar o movimento.

## 2 – POSICIONAMENTOS



### MOBILIZAÇÕES NO LEITO

- Não utilizando auxiliares, quando se requer mover a pessoa dependente no sentido da largura do leito (para a direita ou para a esquerda) os profissionais devem colocar-se ambos do lado para o qual vai ser mobilizada a pessoa.
- Quando o movimento for executado no sentido ascendente ou descendente devem colocar-se um de cada lado do leito.



## 2 – POSICIONAMENTOS



### MOBILIZAÇÕES NO LEITO



FONTE: ENFERMEIROS, ORDEM DOS – Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – posicionamentos, transferências e treino da deambulação. Guia orientador de boa prática. Cadernos OE. Série 1, número 7, 2013.

## 2 – POSICIONAMENTOS



### MOBILIZAÇÕES NO LEITO

- Quando a técnica for executada apenas por **um profissional**, este deve verificar se a força a exercer é compatível com a que pode despendar. Após a avaliação ergonómica da técnica, deve proceder deslocando em primeiro lugar a parte superior do corpo (cintura escapular e região dorsal) e, em seguida, a parte inferior (cintura pélvica e membros inferiores).

## 2 – POSICIONAMENTOS



### MOBILIZAÇÕES NO LEITO



FONTE: ENFERMEIROS. ORDEM DOS – Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – posicionamentos, transferências e treino de deambulação. Guia orientador de boa prática. Cadernos OE. Série 1, número 7, 2013.

### CORRIGIR POSICIONAMENTO NA CADEIRA



- Instruir a pessoa sobre a técnica a executar;
- Aproximar os pés da pessoa do cadeirão;
- Solicitar à pessoa que incline o tronco para a frente;
- Elevar a pessoa e voltar a sentá-la (verificar se a região poplíteia está próxima do cadeirão);
- Verificar se os joelhos e coxofemoral têm um ângulo de 90° de flexão e se a região dorsal está apoiada na cadeira/cadeirão.

## CORRIGIR POSICIONAMENTO NA CADEIRA



FONTE: ENFERMEIROS, ORDEM DOS – Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – posicionamentos, transferências e treino de deambulação. Guia orientador de boa prática. Cadernos OE. Série 1, número 7, 2013.

## CORRIGIR POSICIONAMENTO NA CADEIRA



- Se a pessoa apresenta grau de dependência elevado ou não pode colaborar, para a correção do posicionamento em cadeira de rodas, caso a compleição física da pessoa o permitir, poderá ser efetuada manualmente da seguinte forma:
- O enfermeiro coloca-se por trás da cadeira, passando os antebraços sob as axilas da pessoa de modo a segurar-lhe os antebraços.

## CORRIGIR POSICIONAMENTO NA CADEIRA



- Para maior estabilidade e segurança, o enfermeiro deve segurar o antebraço esquerdo com a mão direita e o antebraço direito com a mão esquerda;
- Fletir os joelhos e alinhar a coluna vertebral;
- Efetuar extensão dos membros inferiores segurando firmemente o tronco da pessoa, colocando a força nos quadrícepedes;
- Reposicionar a pessoa na cadeira, verificando o apoio lombar e o ângulo da anca e joelhos.

## CORRIGIR POSICIONAMENTO NA CADEIRA



FONTE: ENFERMEIROS, ORDEM DOS – Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – posicionamentos, transferências e treino de deambulação. Guia orientador de boa prática. Cadernos OE. Série 1, número 7, 2013.



### 3 – Transferências



A assistência à pessoa dependerá do grau de dependência mas deverão ser seguidos os seguintes passos na transferência da cama para a cadeira:

- Providenciar o material necessário (ex. cadeira de rodas ou cadeirão, cintos de segurança, tábuas ou outros dispositivos, elevadores mecânicos);
- Preparar a cadeira de rodas (travar as rodas, elevar ou retirar o apoio de braço mais próximo do leito e afastar os pedais) ou cadeirão e colocar a cadeira de rodas ou cadeirão paralelo à cama;

### 3 – Transferências



- 1 - Partindo do decúbito dorsal, a pessoa deve fletir e/ou ser ajudada a fletir os joelhos;
- 2 - Colocar uma mão ao nível da região escapulo-umeral e outra nos joelhos e rodar a pessoa;
- 3 - Assistir na elevação do tronco com uma mão e simultaneamente fazer pressão nos membros inferiores na direção do chão, ajudando-a a sentar-se com um movimento coordenado;
- 4 - Descer a base do leito de forma a que os pés fiquem assentes no chão e assegurar-se de que a pessoa está calçada ou usa meias antiderrapantes;

### 3 – Transferências



5 - Solicitar à pessoa para inclinar o tronco a fim de transferir o peso para a frente e assumir a posição ortostática;

6 - Assistir a pessoa durante a transferência, colocando as mãos na região dorsolumbar. Se possível, pedir-lhe para se apoiar no braço oposto da cadeira;

7 - Colocar os pés nos pedais de apoio da cadeira, que devem estar ajustados de forma a que a pessoa mantenha flexão da anca e joelho a 90°;

8 - Se necessário, colocar superfície de trabalho para apoio dos membros superiores.

### 3 – Transferências



FONTE: ENFERMEIROS, ORDEM DOS – Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – posicionamentos, transferências e treino de deambulação. Guia orientador de boa prática. Cadernos OE. Série 1, número 7, 2013.

### 3 – Transferências



● Para transferir a **pessoa da cama para a cadeira**, e tratando-se de um esforço acrescido, os profissionais devem respeitar todos os princípios da mecânica corporal anteriormente enunciados. A transferência manual deve ser realizada da seguinte forma:

- Os dois profissionais devem colocar-se do mesmo lado da cama;
- (...)

### 3 – Transferências



(...)

- Um profissional deve colocar os antebraços e mãos sob a escapulo-umeral e a região lombar e o outro entre a região lombar e a região poplíteia;
  - Através de um movimento coordenado entre os dois profissionais, deslocam a pessoa para a extremidade do leito;
- (...)

### 3 – Transferências



(...)

- Colocando-se paralelamente à cama, o profissional responsável pela transferência da parte superior do corpo passa os antebraços sob as axilas da pessoa de modo a segurar-lhe os antebraços junto ao tronco. Para maior estabilidade e diminuir a carga sobre o ombro da pessoa, o profissional deve segurar o antebraço esquerdo com a mão direita e o antebraço direito com a mão esquerda;

(...)

### 3 – Transferências



(...)

- O outro elemento, responsável pela transferência da parte inferior do corpo da pessoa, coloca-se de frente para a cama com os antebraços sob os membros inferiores;
- A transferência é feita em bloco, colocando a pessoa na cadeira/cadeirão.
- Da **cadeira para a cama** realiza-se o procedimento pela ordem inversa.



### 3 – Transferências



FONTE: ENFERMEIROS, ORDEM DOS – Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – posicionamentos, transferências e treino de deambulação. Guia orientador de boa prática. Cadernos OE. Série 1, número 7, 2013.

### 3 – Comentário Final

**Factores que podem influenciar as posturas incorrectas:**

- Esforço físico (repetição de tarefas, distâncias percorridas, transferências de doentes);
- Características pessoais do profissional;
- Espaço disponível;
- Situações de emergência/urgência.

### 3 – Comentário Final



POSICIONAMENTOS



MELHORAR A QUALIDADE DOS CUIDADOS  
PRESTADOS AOS UTENTES

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



- HOEMAN, Shirley P. – **Enfermagem de reabilitação: aplicação e processo**. 2ª ed. Lisboa: Lusociência, 2000. 787 p. ISBN 972-8383-13-4.
- KOTTKE e LEHMAN – **Tratado de Medicina Física e Reabilitação de Krusen**. 4ªed. São Paulo: Editora Manole, Ltda, 1994.
- ENFERMEIROS, ORDEM DOS – Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – posicionamentos, transferências e treino de deambulação. Guia orientador de boa prática. Cadernos OE. Série 1. número 7. 2013.

## 4 – AVALIAÇÃO



## **Apêndice VII**

### **Projeto apresentado e proposto na UCC**



## **PROJECTO DE INTERVENÇÃO NA PESSOA IDOSA**

### ***Viver Mais... Viver Melhor***

A promoção da saúde física, mental e social da pessoa idosa

Intervenção Especializada do Enfermeiro de Reabilitação

Elaborado pelas Alunas do 5º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de  
Especialização em Enfermagem de Reabilitação:



Isabel Ferreira nº5508

Lisboa  
Novembro 2014

## **ÍNDICE**

1. Fundamentação do projeto.....	3
2. Enquadramento Teórico.....	4
3. Planeamento do Projeto.....	12
4. Plano de Atividades.....	16
5. Plano da Primeira Sessão.....	16
6. Referências bibliográficas.....	19

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 – População de jovens e idosos em Portugal 2000-2050 (percentagem)

Figura 2 – Freguesias do concelho de Lisboa – segmentação da população idosa

Figura 3 - Resumo das principais alterações fisiológicas do processo de envelhecimento

Figura 4 - Tipo de dificuldade na população de 65 ou mais anos por sexo

Figura 5 - Promoção da saúde física, mental e social da pessoa idosa: eixos de intervenção

## FUNDAMENTAÇÃO DO PROJETO

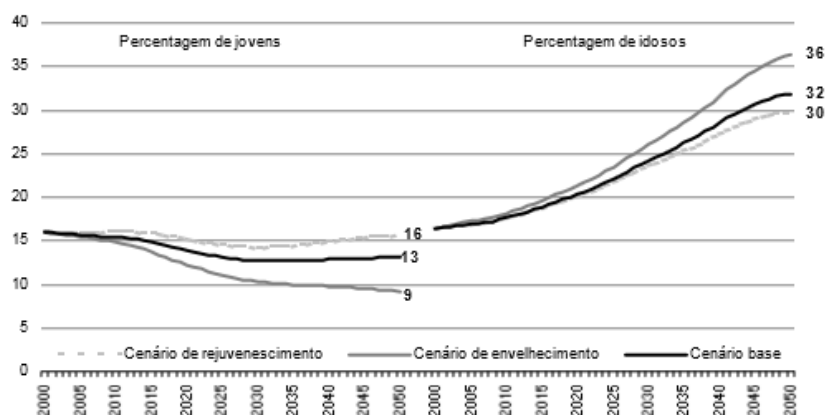
A problemática do envelhecimento é atualmente uma preocupação das sociedades, dado o aumento da esperança média de vida conjugado com uma taxa de natalidade baixa, o que conduziu num curto espaço a “ um estreitamento da base da pirâmide de idades e um alargamento do topo” (Henriques, 2013, p.115). O futuro reserva assim mais idosos e durante mais tempo, o que a nível de sustentabilidade coloca sérios desafios às sociedades, pelos consumos elevados de cuidados de saúde, apoio social e financeiro, já atualmente limitados quanto mais numa situação futura de aumento das necessidades e da procura da população.

O processo de envelhecimento é por si só um fator de vulnerabilidade pelo “conjunto progressivo de modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que determinam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente” (Spiruso, 2005 citado por Bicudo, 2013, p.46), sendo assim criadas condições favoráveis ao aparecimento de “condicionamentos na capacidade funcional e cognitiva das pessoas, nas suas atividades de vida (Henriques, 2013, p.116). Se a estes fatores adicionarmos a elevada prevalência de doença (s) crónica (s) e a rápida deterioração em termos de funcionalidade produzida pela doença aguda (Stott & Quinn, 2013) o risco de incapacidade na pessoa idosa dispara e pode conduzir a situações de dependência precoce e prolongada de outrem.

Por estes motivos é essencial a abordagem da problemática do envelhecimento de forma positiva, com um filosofia de trabalho dos prestadores de cuidados de saúde, que vise a promoção e manutenção das capacidades da pessoa idosa, a minimização das limitações produzidas pelo envelhecimento no quotidiano da pessoa, favorecendo uma participação ativa a nível social e familiar.

## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Do ponto de vista demográfico, o crescimento exponencial do número de pessoas idosas ir-se-á agravar a nível mundial, e em Portugal as previsões são de que “a população com mais de 65 anos deverá aumentar de 19% em 2011 para 32% em 2050” (Carneiro, 2012, p.42).



**Figura 1 – População de jovens e idosos em Portugal 2000-2050 (percentagem)**

Fonte: INE, 2003, p. 3

Segundo o relatório sobre o envelhecimento “no Concelho de Lisboa, existem várias freguesias, onde, praticamente para cada 100 idosos, mais de 70 vivem sós ou exclusivamente com outros idosos (Socorro, Penha de França, Alcântara, São Miguel, Santo Estevão, Santa Engrácia, Campo Grande, Santo Condestável, São Vicente de Fora e São João de Deus)” (Carneiro, 2012, p.100). Os dados existentes sobre a população idosa indicam um leque significativo destes utentes na totalidade dos residentes:



Com maior volume de idosos	Com maior peso de idosos	Com maior peso de idosos a viverem sós	Com maior peso de idosos a viverem com outros idosos	Com maior peso de idosos a viverem sós ou c/ outros
Santa Maria dos Olivais - 12184	Santiago - 34,8%	São Miguel - 44,6%	Socorro - 51,1%	Socorro - 83,5%
Benfica - 10722	São João de Brito - 32,0%	Santo Estevão - 44,0%	Penha de França - 50,1%	Penha de França - 80,5%
São Domingos de Benfica - 8356	Alvalade - 31,3%	Castelo - 37,5%	Alcântara - 49,9%	Alcântara - 79,3 %
Marvila - 7196	Graça - 31,0%	São Cristóvão e S.L. - 34,8%	Campo Grande - 45,9%	São Miguel 78,1%
Lumiar - 6716	Ajuda 29,7%	São Vicente de Fora - 34,6%	Benfica - 43,4%	Santo Estevão -74,2%
São Jorge de Arroios - 4690	Benfica - 29,3%	Santos-o-Velho - 33,8%	Santa Engrácia - 42,8%	Santa Engrácia - 73,8%
Santo Condestável - 4320	Santa Maria de Belém 29,1%	Santo Condestável - 33,6%	São Domingos Benfica - 42,5%	Campo Grande 73,5%
São João - 4135	São João de Deus - 28,9%	Mercês - 33,6%	São Francisco Xavier - 42,4%	Santo Condestável - 72,3%
Nossa Senhora de Fátima - 4016	Santo Estevão - 28,8%	Pena - 33,5%	Santa Maria Olivais - 41,2%	São Vicente de Fora - 71,1%
São João de Brito - 3720	Alcântara - 28,8%	Encarnação - 33,4%	Ameixoeira - 39,5%	São João de Deus 70,6%

Fonte: INE, Censos 2011

**Figura 2 – Freguesias do concelho de Lisboa – segmentação da população Idosa**

Fonte: Carneiro, 2012, p.99.

Neste sentido, nas prioridades de intervenção definidas pelas políticas de saúde mundiais e nacionais tem vindo a emergir o fenómeno do envelhecimento, e mais concretamente a necessidade de “pensar o envelhecimento ao longo da vida, numa atitude mais preventiva e promotora da saúde e da autonomia, de que a prática de atividade física moderada e regular, uma alimentação saudável, o não fumar, o consumo moderado de álcool, a promoção dos fatores de segurança e a manutenção da participação social” (DGS, 2004, p.3). Esta premissa insere-se num compromisso e desafio global lançado pela OMS em 2002, no âmbito do *envelhecimento ativo* enquanto processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem. (OMS, 2002)

O Processo de envelhecimento acarreta uma serie de alterações fisiológicas que podem ser sistematizadas em cinco domínios – Movimento e postura; alimentação e nutrição; sistemas sensoriais, comunicação e cognição; eliminação:

**Figura 3 - Resumo das principais alterações fisiológicas do Processo de envelhecimento**

Mobilidade E Postura	Alimentação E Nutrição	Sistemas Sensoriais E Comunicação
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perda de densidade óssea e diminuição da resistência do tecido ósseo</li> <li>• Alterações da postura corporal: Cifose dorsal, flexão dos joelhos, anteriorização da cabeça, aumento da lordose cervical, que obriga à deslocação do centro de gravidade para a frente (<b>diminuição do equilíbrio, risco de queda</b>)</li> <li>• Diminuição da espessura da cartilagem, com rigidez dos tecidos moles envolventes da articulação</li> <li>• Perda de elasticidade de ligamentos e tendões. (<b>diminuição amplitude de movimentos</b>)</li> <li>• Perda de fibras musculares</li> <li>• Perda de elastina, sobretudo as do tipo I de contração rápida.</li> <li>• Diminuição da resistência muscular (<b>diminuição da resistência a atividade</b>)</li> <li>• Diminuição da massa muscular.</li> <li>• Menor velocidade na realização de movimentos e menos eficazes em termos de força produzida (<b>dificuldades na marcha</b>)</li> <li>• Redução do débito cardíaco</li> <li>Diminuição da capacidade vital (<b>diminuição da tolerância ao</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alterações das papilas gustativas (<b>diminuição do gosto e do olfato</b>)</li> <li>• Alterações da dentição</li> <li>• Diminuição da secreção salivar (<b>dificuldades na mastigação e deglutição</b>)</li> <li>• Diminuição do metabolismo Diminuição da motilidade digestiva (<b>perda de apetite</b>)</li> <li>• Diminuição da absorção de gorduras (<b>redução do aporte calórico</b>)</li> <li>• Diminuição da produção de enzimas digestivas</li> <li>• Diminuição da sensação de sede. (<b>redução do aporte hídrico</b>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redução das sensações tácteis, temperatura e dor (<b>Diminuição da capacidade de receber e tratar informações do meio ambiente</b>)</li> <li>• Otoesclerose e atrofia do nervo auditivo (<b>Limitações da participação social e comunicação</b>)</li> <li>• Redução da acuidade visual, visão periférica e capacidade de acomodação às diferenças de luminosidade (<b>Diminuição da capacidade de interação e adaptação</b>)</li> </ul>

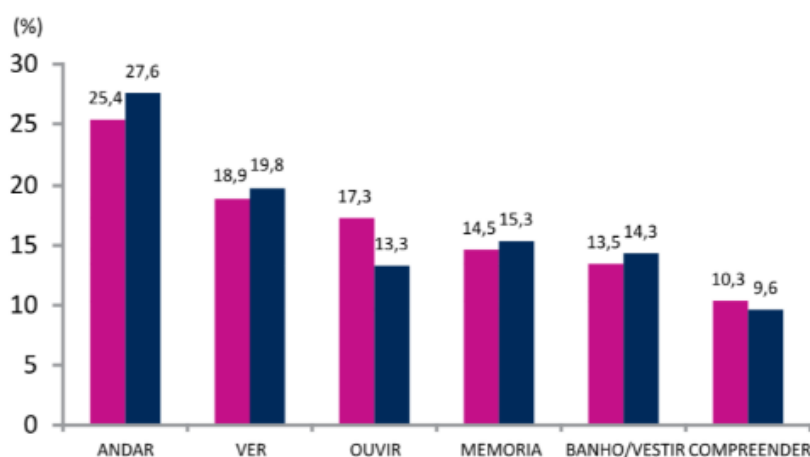
exercício)		
Comunicação e Cognição	Eliminação	
<p>Redução da velocidade de processamento de informações <b>(Dificuldades na aprendizagem de novas situações)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificuldade em manipular informações simultâneas e mudar o foco atencional <b>(Dificuldades acrescidas em executar tarefas que exijam concentração)</b></li> <li>• Diminuição da memória a curto prazo <b>(Dificuldades em selecionar e reter nova informação)</b></li> <li>• Conservação da memória a longo prazo</li> <li>• Maior tempo para aquisição de novos conhecimentos</li> <li>• Diminui a velocidade de execução e de reação <b>(Lentidão dos movimentos motores globais – maior tempo de reação)</b></li> </ul>	<p><b>Urinário:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perda de nefrônios</li> <li>• Diminuição da filtração glomerular</li> <li>• Diminuição do tônus vesical e esfinteriano</li> <li>• Aumenta o volume residual</li> </ul> <p><b>(Menor capacidade de retenção; Potencial risco de infecções urinárias)</b></p> <p><b>Intestinal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perda da tonicidade do esfíncter</li> <li>• Diminuição da lubrificação da mucosa intestinal. <b>(Diminuição do trânsito intestinal e Perturbação da regularidade)</b></li> <li>• Enfraquecimento da musculatura pélvica</li> </ul> <p><b>(Sentimentos negativos vs incontinência)</b></p>	

Fonte: Berger & Mailloux-Poirier 1995; Bolander, 1999 (adaptado do projeto de estágio)

Estas alterações condicionam a pessoa idosa e podem resultar numa diminuição das capacidades da pessoa desempenhar as suas atividades de vida diária. A estas juntam-se outros fatores como as co morbilidades, a problemática da poli-medicação e do isolamento social e familiar.

A este respeito, o último CENSOS realizado (2011) apurou que no grupo de pessoas com mais de 65anos, quando questionadas a respeito de 6 atividades do dia-a-dia: ver, ouvir, andar, memória/concentração, tomar banho/vestir-se, compreender os outros/fazer-se entender, cerca de 50% referiram que não conseguiam ou tinham dificuldade em realizar pelo menos uma destas atividades (INE, 2011):

**Figura 4 - Tipo de dificuldade na população de 65 ou mais anos por sexo**



Fonte: INE, 2011, p. 17

Assim dado o contexto, revela-se fundamental o desenvolvimento de intervenções de carácter preventivo e de promoção da saúde que visem a otimização da funcionalidade da pessoa idosa, com carácter regular, destinado à população idosa na sua globalidade, sendo o enfermeiro especialista em reabilitação um elo fundamental no planeamento de ações e intervenção com esta população.

Há que considerar a complexidade envolvente ao envelhecimento, não só resumido às alterações biológicas e naturais referidas (quadro), a que acrescem fatores de risco específicos como a presença de co-morbilidades, para além das consequências sociais e psicológicas do envelhecimento em que a perda do estatuto profissional e a perda do poder económico (...) são,

muitas vezes as causas para o afastamento e o isolamento do idoso perante a sociedade (Fernandes, 2010). Isto, requer programas de intervenção completos e multidimensionais.

Tal como é referido na Proposta de plano de intervenção para a área do envelhecimento “apesar do investimento ao nível da prevenção ser absolutamente fundamental, a realidade remete-nos, cada vez mais, para níveis de intervenção secundária e terciária, quer dizer, da manutenção e reabilitação, tentando prevenir o agravamento das situações de dependência, intervindo sempre no sentido de proporcionar qualidade de vida ao indivíduo independentemente do seu estado global.” (Jerónimo, 2010, p.71). O mesmo plano acrescenta ainda que “a promoção da autonomia, da reabilitação e da manutenção para a satisfação de necessidades fundamentais e melhoria da qualidade de vida implica um trabalho multidisciplinar concertado entre os vários intervenientes onde se inclui o próprio idoso” (Jerónimo, 2010, p.71)

As consequências biológicas, psicológicas e sociais do envelhecimento não podendo ser eliminadas, podem ser minimizadas e favorecidas.

O domínio do exercício continua a ser uma vertente importante a considerar. Segundo Fernandes (2010, p.30) citando Veríssimo (1999) “a atividade física regular e adequada à capacidade do idoso contraria o efeito de envelhecimento, quer a nível físico, quer a nível psíquico, sendo o aparelho cardiovascular, respiratório, locomotor e neurológico, os mais beneficiados.”

A nível cognitivo, há que incluir estratégias de exercício intelectual e treino do pensamento. Fernandes (2010) refere que “no caso dos idosos que têm maior dificuldade em memorizar algo é importante que retenham dois fatores que lhes possam facilitar a memorização: a atenção e a repetição”. A este respeito Magalhães (2013) salienta a importância de atividades capazes de: exercitar os sentidos (neuróbica); provocar a imaginação, a criatividade e aplicar o pensamento em atividades diferentes do comum.

A alimentação é também um aspeto a considerar por ser habitualmente “desequilibrada qualitativa e quantitativamente, o que pode estar na origem de uma diversidade de patologias como: obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares e malnutrição (...)” (Fernandes, 2010, p.31). A mesma autora reforça a necessidade de considerar razões endógenas como - dificuldades em mastigar, mal absorção, incapacidade para a confeção e seleção de alimentos

e razões exógenas como - isolamento ou exclusão social, problemas económicos, sedentarismo, álcool, tabaco, fármacodependência (Fernandes, 2010).

A ocorrência de quedas e acidentes domésticos são um problema comum e frequente nos idosos. Segundo a DGS (2005) em cada ano, uma em cada três pessoas idosas sofre um acidente doméstico; a maioria dos acidentes com pessoas idosas ocorre dentro de casa e os acidentes são essencialmente devidos a quedas. Para isto contribuem não só as modificações posturais, sensoriais e cognitivas que de um modo global diminuem com o envelhecimento, mas também as condições ambientais do domicílio do idoso. Daí que o desenvolvimento de estratégias que otimizem quer a postura e capacidade do idoso, que o próprio ambiente em que esta inserido como por exemplo a criação de circuitos próprios, com contorno de obstáculos e treino de equilíbrio, irão determinar ganhos na segurança e prevenção de acidentes nos idosos.

As questões da eliminação, nomeadamente da incontinência urinária devem ser consideradas, pois assumem-se como um problema frequente e muitas vezes negligenciado quer pela própria pessoa, ao considerar uma inevitabilidade do avançar da idade, quer pelos profissionais de saúde ou familiares, que podem não estar sensibilizados para esta situação. Para tal, contribuem não só as modificações fisiológicas, mas também fatores medicamentosos, metabólicos e até funcionais (Reis et al, 2003). Esclarecimento, sensibilização, exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico e tratamento comportamental são exemplos de algumas intervenções a valorizar numa área muitas vezes tabu para a maior parte das pessoas idosas.

A vigilância global em saúde que inclui aspetos mais gerais como a vacinação e a saúde oral, e aspetos específicos da doença crónica é também essencial. Tal como é destacado no Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas “a informação sobre as doenças crónicas mais prevalentes e o modo de as controlar, é fundamental à capacitação das pessoas idosas para lidarem com a sua evolução e para a prevenção do aparecimento das suas complicações” (DGS, 2004, p.10)

Além disso, todas as iniciativas desenvolvidas ao contemplarem atividades em grupo e permitirem o desenvolvimento de relações interpessoais

entre os idosos favorecem a «saúde social” ao promoverem “a participação em atividades sociais, fortalecer as relações com os amigos (...) a companhia, a entreaajuda” (Fernandes, 2010, p.30) que favorece a dimensão relacional, prevenindo o isolamento igualmente fundamental para a promoção da saúde do idoso.

Assim, este projeto ainda que em pequena escala visa dar resposta e recuperar os três pilares enunciados no programa nacional de saúde para as pessoas idosas, nomeadamente:

- Promoção de um envelhecimento ativo, ao longo de toda a vida;
- Maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas;
- Promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas

Fonte: DGS, 2004, p.13

## 2. PLANEAMENTO DO PROJECTO

Este projeto de intervenção surge assim no contexto do estágio de Enfermagem de Reabilitação, realizado na ECCI [REDACTED], tendo em conta a pertinência do tema e população predominantemente idosa do e para a qual esta instituição dá resposta.

A principal **finalidade** deste projeto de intervenção será a dinamização de práticas de promoção da Saúde física, mental e social da pessoa idosa, inserido numa filosofia de envelhecimento saudável e ativo.

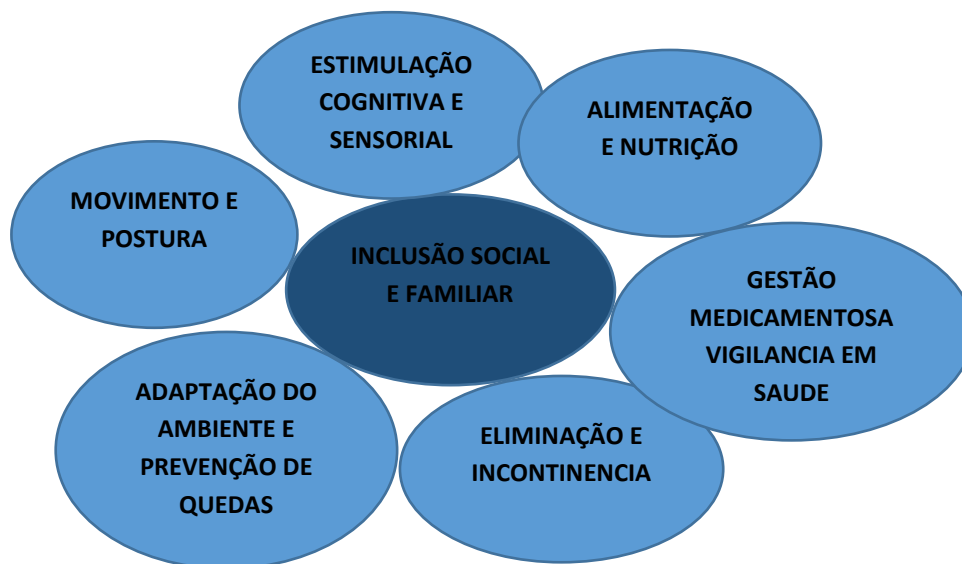
Definem-se como **objetivos gerais**:

- ✚ Sensibilizar para a problemática do envelhecimento
- ✚ Motivar para a adoção de uma atitude preventiva e ativa da pessoa idosa na sua saúde
- ✚ Contribuir para minimizar e retardar os efeitos negativos decorrentes do processo de envelhecimento
  
- ✚ Reforçar o convívio e laços sociais entre a população idosa: combater o isolamento social
- ✚ Reforçar dinâmicas de articulação das equipas de saúde com os parceiros sociais

Os **eixos de intervenção** definidos incluem os domínios da mobilidade, estimulação cognitiva, alimentação, prevenção de quedas e ambiente, gestão de problemas de incontinência e gestão medicamentosa e vigilância em saúde.



**Figura 5 - PROMOÇÃO DA SAÚDE FÍSICA, MENTAL E SOCIAL DA PESSOA IDOSA: EIXOS DE INTERVENÇÃO**



Mediante estes domínios, definem-se como **objetivos específicos**:

- + Promover as capacidades cognitivas e de linguagem do idoso (orientação, atenção, capacidade aritmética e memória)
- + Promover a capacidade de reagir estímulos visuais, tácteis, olfativos e auditivos
- + Estimular a coordenação motora, flexibilidade, força e equilíbrio
- + Dar a conhecer aos idosos exercícios específicos e adaptados
- + Sensibilizar para estratégias adaptativas e ambientes capacitadores
- + Alertar para as necessidades nutricionais dos idosos e estratégias para uma alimentação adequada
- + Esclarecer sobre vigilância de saúde global e específica a privilegiar na idade avançada
- + Promover práticas preventivas e de gestão da incontinência urinária
- + Proporcionar momentos de convívio em grupo e as relações interpessoais
- + Facilitar o intercâmbio inter-institucional e as relações entre parceiros sociais

Os **destinatários** destes projeto incluem todas as pessoas com mais de 60 anos, utentes de centros de dia; lares ou outras instituições de apoio social, além de utentes abrangidos pelas juntas de freguesia da área de abrangência da UCC.

As **entidades parceiras** que serão também os locais de realização das sessões previstas, incluem as Juntas de Freguesia referidas, Instituições Particulares de Solidariedade Social e outras coletividades e associações da zona interessadas.

Os **Recursos previstos** incluem como formadoras as alunas do 5ºCurso de pós-especialização em Enfermagem de Reabilitação da ESEL – [REDACTED] e Isabel Ferreira, sob a supervisão e colaboração das Enfermeiras Especialistas em Reabilitação da ECCI [REDACTED] – [REDACTED] e [REDACTED]. Além destes, será utilizados outros materiais ainda a definir, como forma de dinamizar as sessões. Sempre que necessário será pedida colaboração de outros profissionais da ECCI e ou entidades parceiras.

A **Duração do projeto** idealmente seria de 1 ano, através de uma metodologia dinâmica de sessões com uma periodicidade mensal, replicadas pelas quatro freguesias de ligação da UCC, correspondendo a um total de 5 sessões no mínimo em cada local, visando contemplar todos os eixos de intervenção.

Por limitações decorrentes do tempo do estágio apenas se prevê ser possível implementar o projeto numa única freguesia, e a primeira sessão referente a dois domínios – Mobilidade e Postura e Estimulação Cognitiva e Sensorial.

A **avaliação do projeto** será balanceada tendo por referência as avaliações individuais de cada sessão, que serão efetivadas através de um inquérito de satisfação solicitado aos participantes e responsáveis das instituições onde as mesmas serão desenvolvidas. Prevê-se a divulgação dos resultados obtidos aos profissionais das outras unidades de saúde do ACES [REDACTED].

### 3. PLANO DE ACTIVIDADES

#### **Primeira Sessão – Mobilidade e Postura e Estimulação cognitiva**

**Sessão 1:** Grupos de x participantes. Conforme a dimensão do grupo os participantes inscritos podemos ter:

- 2 Grupos e duas secções de atividades (Se total participantes superior a 10 pessoas):

Secção A - Atelier da estimulação cognitiva e sensorial

Secção B - Atelier da mobilidade e postura

ou

- Grupo único (Se total de participantes inferior a 10 pessoas) dividindo-se a atividade em dois momentos:

- Primeira parte: exercícios estimulação cognitiva e sensoriais
- Segunda parte: exercícios de mobilidade e postura

**Duração da sessão:** 60 minutos cada atelier ou momento

**Nota:** Destina-se a todos os participantes exceto aqueles com contra indicação específica de atividade física ou intolerância ao esforço por patologia respiratório ou cardíaca grave. Assegurar que todos os participantes alimentaram-se bem previamente ao exercício.

## **5. PLANO DA PRIMEIRA SESSÃO**

### **MOBILIDADE E POSTURA E ESTIMULAÇÃO COGNITIVA**

ESTIMULAÇÃO COGNITIVA E SENSORIAL				
Objetivos	Atividades	Tempo	Indicadores	Resultados
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover Orientação</li> <li>- Estimulação da memória</li> <li>- Desenvolver a capacidade aritmética</li> <li>- Estimular as capacidades de linguagem</li> <li>- Trabalhar a Atenção e concentração</li> <li>- Desenvolvimento das Gnosias</li> <li>- Desenvolvimento das capacidades visio-construtivas</li> <li>- Estimulação visual, auditiva, olfativa.</li> </ul>	<p>- Exercício de orientação temporal; espacial e pessoal</p> <p><b>(Folha de apresentação)</b></p> <p>Eu chamo-me...</p> <p>Nasci a ....</p> <p>Em....</p> <p>Faço anos a...</p> <p>Estamos a dia, do mês, do ano...</p> <p>A minha profissão foi...</p>	7 min.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grau de satisfação dos Idoso face ao Atelier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Partilha de conhecimentos;</li> <li>- Manter e melhorar as capacidades cognitivas</li> <li>- Melhoria da qualidade e aumento da autonomia nas AVD's</li> <li>- Aumento da autoestima e confiança do idosos</li> </ul>
	<p>- Jogos de Reconhecimento auditivo (<b>Bingo musical</b>)</p> <p>Cartões de bingo com figuras de animais e objetos (ou nomes de musicas) e são emitidos os sons gravados respetivos de forma aleatória. O idoso deve reconhecer e assinalar no cartão ate preencher todo.</p> <p>Objetos: telefone, mota, barco, gato, travão, pássaro, onda mar, pato, autoclismo, bebé, piano, cão.</p>	20min.		
	<p>- Jogo de Reconhecimento olfativo (<b>Adivinha o cheiro</b>)</p> <p>São vendados os olhos e dado a experimentar vários odores em copos – café, canela, baunilha, limão, hortelã. O idoso deve</p>	10min.		

	<p>diferenciar alguns cheiros.</p> <p>- Exercício de treino da memória imediata e atenção</p> <p><b>(Encontra o par)</b></p> <p>Conjunto de 20 ou 30 cartas, com figuras conhecidas – cantores, apresentadores, políticos – em duplicado, são viradas para baixo e o idoso tenta virar 2 de cada vez para encontrar o par respetivo.</p> <p>-Exercício de treino da memória remota e compreensão verbal</p> <p><b>(Saco dos provérbios)</b></p> <p>Coloca-se num saco várias frases em papel de provérbios inacabados, do tipo “Grão a Grão_____” e o idoso completa.</p>	<p>15min.</p> <p>15min.</p>		
	<b>MOBILIZAÇÃO E POSTURA</b>			
<b>Objetivos</b>	<b>Atividades</b>	<b>Tempo</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Resultados</b>
<p>- Estimular a coordenação motora, flexibilidade, força e equilíbrio</p> <p>- Dar a conhecer aos</p>	<p>- Exercício de orientação temporal; espacial e pessoal</p> <p><b>(Apresentação Individual)</b></p> <p>Eu chamo-me...</p> <p>Nasci a ....</p>	<p>7 min.</p>	<p>- Grau de satisfação dos Idoso face ao Atelier</p>	<p>- Partilha de conhecimentos;</p> <p>- Melhoria da qualidade e aumento da autonomia nas AVD's</p>

idosos exercícios específicos e adaptados	Em....  Faço anos a...  Estamos a dia, do mês, do ano...  A minha profissão foi...			- Aumento da autoestima e confiança dos idosos  - Melhoria da postura corporal, equilíbrio, amplitude e força muscular
	<b>Fase de Aquecimento</b>  - Exercício sentado: alongamentos, flexibilidade articular e técnica respiratória de relaxamento	5-10min.		
	<b>Fase de exercício aeróbio</b>  - Mobilizações ativas dos membros inferiores, posição sentado - Mobilizações ativas dos membros superiores, posição sentado  (Nesta fase pode-se adicionar exercícios com bola ou com musica; como forma de abrandar ou acelerar o ritmo das mobilizações permitindo a adaptação a tolerância do grupo)	15min.		
	<b>Treino do equilíbrio</b>  - Mobilizações ativas dos membros inferiores, posição de pé com apoio cadeira  (Caso o grupo de participantes detenha uma limitação significativa de tolerância ao exercício, apenas se fará a tipologia de exercícios sentado, adicionando a componente do treino equilíbrio sentado – ex. Avião)	10min.   15min.		

	<b>Fase de Relaxamento e Finalização</b>  - Exercício sentado: alongamentos, flexibilidade articular e técnica respiratória de relaxamento	5-10min.		
--	--	----------	--	--



## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bicudo, M. J. G. A. (2013). Do envelhecimento saudável à longevidade com qualidade: contributos dos enfermeiros. In Lopes, M.A.P. (coord). *O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa: da investigação à prática* (39-75). Loures: Lusociência.
- Carneiro, R. (2012). *O envelhecimento da população: dependência, ativação e qualidade – Relatório Final*. Faculdade de Ciências Humanas Universidade Católica Portuguesa: Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa.
- Jerónimo, L. et al (2009). Proposta de plano de Intervenção para a Área do Envelhecimento, Lisboa: Cidadãos por Lisboa. Acedido em 23-06-2014. Disponível em <http://www.cidadaosporlisboa.org/documentos/1353939570P7mWZ4su3Zs79CD4.pdf>
- DGS, Direção Geral de Saúde (2004). Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Lisboa: DGS. Acedido em 20-07-2014. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>
- DGS, Direção Geral de Saúde (2005). *Prevenção dos Acidentes Domésticos com as Pessoas Idosas*. Lisboa: DGS. Acedido em 20-07-2014. Disponível em <https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdocumentos-e-publicacoes%2Fprevencao-dos-acidentes-domesticos-com-pessoas-idosas-pdf.aspx&ei=4ZTbVL-FJ4b4UJeAgcAD&usg=AFQjCNErrm7CorKzOm2PBIKAyc0cyERnOg>
- Fernandes, S.L.C (2010). *Vivências em lares de idosos: Diversidade de Percursos Um Estudo de Caso*. (Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social). Departamento de Ciências da Educação e Património. Acedio em 07-06-2014. Disponível em

<http://repositorio.uportu.pt:8080/jspui/bitstream/11328/219/2/TME%20434%20tese.pdf>

- Fernandes, M.J.S.R.S. (2013). Envelhecimento bem-sucedido: modelo de intervenção da enfermagem. In Lopes, M.A.P. (coord). *O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa: da investigação à prática* (3-38). Loures: Lusociência.
- Henriques, A. (2013). A Gestão da medicação nas pessoas idosas: a adesão como indicador de eficácia das intervenções de enfermagem. In Lopes, M.A.P. (coord). *O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa: da investigação à prática* (115-175). Loures: Lusociência.
- INE, Instituto Nacional de Estatística (2003). *Projeções para a população portuguesa 2000-2050*. Lisboa: INE. Acedido em 20-03-2014. Disponível em [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESTipo=ea&PUBLICACOEScolecao=107750&PUBLICACOESTema=55466&selTab=tab0](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESTipo=ea&PUBLICACOEScolecao=107750&PUBLICACOESTema=55466&selTab=tab0)
- INE, Instituto Nacional de Estatística (2011). *Saúde e incapacidades em Portugal*. Lisboa: INE.
- Magalhães, C. (2013). *Habilidades funcionais, nível de atividade, integração na comunidade e saúde em idosos institucionalizados em lar: resultados preliminares*. (Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social). Instituto Politécnico de Serviço Social do Porto.
- Reis, et al (2003). Incontinência urinária no Idoso. *Acta Cirúrgica Brasileira*. 18 (5), 47-51. Acedido em 20-10-2014. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/acb/v18s5/a18v18s5.pdf>
- Stott, D. J.; Quinn, T. J. (2013). Principles of Rehabilitation of Older people. *Medicine in Older Adults*, 47(1), 1-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mpmed.2012.10.014>
- Organização das Nações Unidas (2002). *Plano de ação internacional sobre o envelhecimento* (A. Santos trad). Brasília: Secretaria Especial dos Direitos

Humanos. (Tradução do original espanhol Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, 2002, Comisaria del Comité Organizador Español de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, realizada de 8 a 12 de abril de 2002, em Madri).

## **Apêndice VIII**

### **Reflexão de Aprendizagem realizada na CCT**

Concluída esta fase da minha aprendizagem como futura EEER, torna-se pertinente efetuar uma reflexão acerca do meu percurso de aprendizagem, bem como sobre as circunstâncias em que este decorreu.

### **A minha experiência no BO...**

No primeiro dia de estágio tive a oportunidade de ir para o BO com o objetivo de observar as cirurgias cardíacas que iriam decorrer. Confesso que senti um certo receio quando me deparei com todo o cenário que me rodeava, pois embora na minha prática profissional já me encontrasse familiarizada com os cuidados ao utente submetido a cirurgia cardíaca/torácica como enfermeira de cuidados gerais, nunca tinha assistido a uma cirurgia deste foro, desconhecendo a forma como decorria todo o processo intra-operatório destes utentes. Logo que cheguei à sala de BO, a enfermeira chefe apresentou-me à equipa cirúrgica e colocou-me à vontade para colocar questões que surgissem. Apesar disso, tive algum receio de perturbar o trabalho da equipa. Assim, quando fui para casa, procurei bibliografia que me esclarecesse algumas dúvidas que foram surgindo intra-procedimento. Desconhecia até então, toda a primordial importância do trabalho do perfusionista durante uma cirurgia cardíaca que necessite de circulação extra-corporal (CEC). Devido à reação inflamatória decorrente da CEC,

“ocorre nos pulmões um aumento do extravasamento de água extravascular causado pelas células inflamatórias, com preenchimento alveolar, levando à inativação do surfactante e ao colapso de algumas regiões, modificando a relação V/Q, alteração dos valores de PaO<sub>2</sub> e PaCO<sub>2</sub>, decréscimo na SaO<sub>2</sub> com considerável aumento no trabalho respiratório no período pós-operatório” (Arcêncio, et al., 2008, p. 402).

Deverá ser realizada no período intraoperatório uma monitorização e ajuste da fisiologia orgânica do utente, de forma a que esta fique dentro dos parâmetros da normalidade (Braile, 2010). É fundamental a realização de um estudo das trocas gasosas para uma condução correta da CEC, bem como o controlo da temperatura durante toda a cirurgia, tanto no período de hipotermia (necessária para diminuir o metabolismo) como no período de aquecimento (Braile, 2010). Todos estes fatores terão influência direta nos cuidados de enfermagem de reabilitação, pelas consequências decorrentes do conjunto de procedimentos efetuados, tais como o aumento do trabalho respiratório decorrente das atelectasias ou infeções respiratórias

consequentes destas cirurgias. Senti, também um misto de receio e extrema curiosidade quando foi dado o início às cirurgias (em especial na primeira) pois foi, para mim, uma estreia a visualização da forma como uma esternotomia é realizada. Assim, revelou-se uma experiência bastante interessante, na observação destas cirurgias, considerando que se tornou fundamental para uma continuidade de cuidados e conhecimentos adquiridos para posteriores ensinamentos aos utentes como futura EEER.

Tendo em conta estes fatos acima descritos, tenho consciência que se repetisse a minha ida ao BO para observação das cirurgias cardíacas, teria uma atenção e postura completamente diferente da que considero ter apresentado, pois agora teria um suporte teórico que me permitiria entender de uma forma mais completa todos os procedimentos aqui observados.

### **O meu estágio na enfermaria da CCT...**

Senti, nas minhas primeiras semanas de estágio, uma mistura de sentimentos, tanto positivos como negativos.

Quando me deparei com a realidade em que iria realizar o ensino clínico, tive medo de não corresponder às minhas expectativas para este estágio, pois no final de contas, era o contexto no qual iria desenvolver não só os meus conhecimentos e práticas como futura EEER, como também seria do qual aproveitaria para aprofundar toda a temática que me propus explorar de uma forma mais aprofundada.

Deparei-me com uma série de circunstâncias que percebi que iriam dificultar toda a minha aprendizagem, mas como todo o esforço que desenvolvi neste contexto e atendendo ao apoio sempre disponibilizado por parte da enfermeira e da professora (orientadoras), que sempre me deram força e motivação para lutar para atingir os meus objetivos, consegui concluir todo este percurso e obter resultados francamente positivos.

O primeiro obstáculo com que me deparei foi uma realidade completamente dispar daquela que constitui a minha realidade, no que se refere ao contexto laboral.

A organização e dinâmica do serviço, pois os médicos nem sempre se encontravam disponíveis para o esclarecimento de dúvidas relativamente aos utentes. O tipo de relação entre estes e a equipa de enfermagem era mais distante, não existindo uma cumplicidade e confiança mútua nos cuidados, como verificada no meu

contexto de trabalho. Por outro lado, sentia uma maior autonomia por parte da equipa de enfermagem para a realização de procedimentos nos utentes, como desalgaliar, remover cateter venoso central (CVC), realização do penso cirurgico, bem como remoção de agrafos alternados ao 7º dia de pós-operatório. Quando um utente descompensava hemodinamicamente, a equipa de enfermagem tomava a iniciativa de realizar uma gasimetria venosa, conseguindo assim otimizar o tempo de resposta dos médicos a cada situação.

As condições hoteleiras (a falta de algum material e equipamento disponível para a realização de alguns exercícios terapêuticos), não esquecendo a forma como toda a equipa multidisciplinar se relaciona, foram fatores aos quais tive grande dificuldade para me adaptar desde o início, pois a abertura/disponibilidade para o diálogo ou troca de pareceres nem sempre era a melhor, pela clara falta de pessoal.

A forma como a passagem de ocorrências é realizada foi outra enorme dificuldade com que me deparei, pois ao contrário do meu contexto laboral, esta era realizada de uma forma demasiado sucinta na maioria das vezes, sentindo-me incapaz de entender quem seriam os utentes que poderiam beneficiar da minha atuação como futura EEER.

Estes fatores exigiram de mim um grande esforço adicional para me adaptar e dar continuidade à minha aprendizagem e capacitação como futura EEER, já iniciada no contexto da comunidade.

Outro fator merecedor da minha reflexão (e este para mim, terá sido o mais marcante, de uma forma pouco positiva) foi o fato de a enfermeira que me estava a orientar, além de apenas ter ficado escalada para cuidados de reabilitação nas últimas semanas de estágio, encontrou-se em quase todo o estágio a orientar duas alunas da especialidade (sendo as outras colegas provenientes de outras escolas). Estes fatores, numa fase inicial, criaram em mim um profundo sentimento de tristeza, pois senti-me um pouco dependente de mim própria. Com o passar do tempo, e com o apoio da minha professora orientadora, criei estratégias para dar resposta às minhas necessidades. Reforcei a minha pesquisa constante a nível bibliográfico, questionei algumas colegas já EEER, bem como esforcei-me por maximizar os momentos de orientação com a enfermeira orientadora e desenvolver competências de proactividade na forma como geri a minha aprendizagem. Aproveitei, também, a presença das outras colegas para trocar impressões relativamente a alguns planos de cuidados, bem como

relativamente à avaliação dos exames complementares dos utentes que me eram atribuídos.

Apesar dos enormes esforços da enfermeira orientadora para se manter presente/disponível, senti em variados momentos alguma falta de apoio, pois esta tinha também que cuidar dos utentes que se encontravam atribuídos a ela, sempre que se encontrava a prestar cuidados gerais. Nas semanas em que a enfermeira orientadora se encontrava escalada para cuidados de reabilitação, a realidade mudou de uma forma significativa e aqui consegui esclarecer e aprofundar variados conhecimentos a nível prático, consolidando desta forma as constantes pesquisas bibliográficas realizadas ao longo do estágio.

Outra questão em que senti necessidade de um acrescido investimento da minha parte, foi nos conhecimentos teóricos no âmbito da Reabilitação Funcional Respiratória. Reconheço que estes, numa fase inicial, se encontravam um pouco esquecidos, pois após as aulas teórico-práticas lecionadas no curso, já tinha decorrido um longo período de tempo. No entanto, procurei estudar todas estas temáticas novamente, cimentando assim e aprofundando os conhecimentos lecionados anteriormente, de forma a prestar cuidados de reabilitação mais fundamentados, de cariz científico.

Todos estes fatores exigiram de mim um esforço acrescido no sentido do sucesso desta minha caminhada para a aquisição de conhecimentos e capacidades como futura EEER. Senti diariamente necessidade de pesquisar fundamentação teórica para toda a prática que me encontrava a desenvolver. Conteí também com a enfermeira orientadora para me ajudar a entender por vezes a necessidade de investir em certas questões teóricas de forma a fundamentar toda a minha prática. Ao longo deste estágio, foi um dos aspetos em que esta se centrou: a fundamentação de toda a nossa prática como EEER (no meu caso como futura EEER). Entendi a primordial importância desta, bem como a necessidade de ter conhecimentos sólidos acerca das intervenções a que estes utentes eram submetidos, no sentido de conseguir realizar um plano de cuidados personalizado/único para cada utente que cuidávamos..



### **As minhas experiências ao longo do estágio...**

A grande variedade de utentes submetidos a cirúrgica cardíaca e torácica presente neste serviço, tornou possível uma vasta experiência e oportunidades para aprendizagem.

Lembro-me do primeiro utente a quem realizei um plano de reabilitação de forma completa. Tive presente um princípio que me foi incutido ao longo de todo o estágio pela enfermeira orientadora: devemos sempre realizar um plano adequado e completo ao utente, pois caso contrário, não estaremos a marcar a diferença como EEER nem estaremos a dar visibilidade ao nosso trabalho. Foi para mim bastante motivador e recompensante quando no final de uma sequência de exercícios de RFR percebi que tinha conseguido ajudar o utente a mobilizar muito bem as secreções, bem como a capacitar a sua capacidade funcional respiratória. O próprio utente referiu francas melhorias a nível respiratório. Referiu também ter perdido alguns receios na sua mobilidade, após os ensinamentos que lhe realizei nesse contexto.

À semelhança deste utente, deparei-me com variadas oportunidades de trabalhar com utentes não só submetidos a cirurgia cardíaca, como também submetidos a cirurgia torácica. Foi para mim bastante motivador todo o conjunto de resultados e reconhecimento não só dos utentes, como também de toda a equipa (enfermeiros e médicos) que reconhecia sempre a importância do nosso trabalho para a recuperação dos utentes em que intervimos.

Ocorreu também, alguns dias em que sob a supervisão da enfermeira orientadora, prestei cuidados de reabilitação a utentes da UCI, tanto a nível respiratório como sensório-motor. Consegui desta forma, realizar uma abordagem geral, prestando cuidados de reabilitação a todos os níveis a estes utentes. Foi para mim especialmente gratificante trabalhar com utentes sob ventilação mecânica. Estes constituíam até aqui, um grande *handicap* para mim, pois não tenho experiência profissional com estes utentes. Baseando-me na pesquisa bibliográfica sobre a questão em particular, consegui desmistificar um pouco os cuidados e as especificidades a ter em atenção com estes utentes. Assim, no futuro, se ocorrer ter que cuidar estes utentes, será para mim muito mais fácil o processo de adaptação a esta realidade.

Em todos estes utentes com quem trabalhei, considerei primordial ter em atenção à importância dos cuidados centrados ao cliente (CCC). Existe um conhecimento

comum acerca da centralidade da experiência do utente, da necessidade do respeito e expressão de crenças e valores do mesmo, bem como da necessidade para realizar uma abordagem integrada perante o cuidado ao cliente, para comunicar efetivamente, bem como para a partilha no processo de tomada de decisão (Kitson, Marshall, Bassett, & Zeitz, 2012). Conclui-se, após uma revisão bibliográfica realizada pelos mesmos autores, que para que os CCC sejam prestados de uma forma eficiente, se torna necessário ter em atenção 3 aspetos fundamentais: a participação e envolvimento do cliente, a relação entre o cliente e o profissional de saúde e o contexto em que os cuidados são prestados.

Tendo em conta os pressupostos acima descritos, considero que procurei, de uma forma sistemática, prestar os CCC de uma forma personalizada e eficiente. Tendo noção que tenho ainda um longo percurso a realizar como futura EEER, considero importante este aspeto na construção do meu saber e saber-fazer.

**De que forma, findo este processo de aprendizagem poderei tornar-me autónoma como futura EEER no meu serviço?...**

Ao longo de ambos os estágios de aprendizagem realizados, vivenciei um conjunto de experiências que de uma ou outra forma, me ajudaram a tornar os meus conhecimentos e competências muito mais sólidos, no sentido de mudar a minha prática diária. Sinto-me hoje uma enfermeira completamente diferente da enfermeira que era antes de iniciar esta caminhada. Sei que amadureci em variados aspetos, tanto como profissional de saúde, como como pessoa. Em ambos os campos de estágio procurei tirar partido das experiências com que me deparei. Tive que lidar também com aspetos que não dependeram de mim, mas que exigiram uma atitude bastante assertiva da minha parte de forma a tirar o melhor partido possível dos momentos de aprendizagem que me foi possível vivenciar: embora, na maior parte das situações, tenha contado com a simpatia e colaboração das enfermeiras orientadoras e utentes, nem sempre isso aconteceu, e nesses casos, utilizei estratégias para ultrapassar essas “barreiras”. Surgiram, em ambos os campos de estágio obstáculos que por vezes me entristeceram ou me desmotivaram (a confusão inicial que ocorreu na comunidade para a definição da enfermeira orientadora, a pouca disponibilidade da enfermeira orientadora na CCT,...). Mas felizmente, e apesar desse fato, consegui contornar todos

os obstáculos, com o meu esforço acrescido e com a ajuda das de pessoas que sempre me apoiaram: a minha família, amigos, as enfermeiras orientadoras, a professora que me acompanha e a minha chefe. Todas estas pessoas, à sua maneira, foram fundamentais para me ajudarem a procurar motivação intrínseca para lutar e ultrapassar todos os obstáculos com que me deparei.

Considero que hoje tenho um olhar sobre os utentes com que me deparo completamente diferente. Olho para eles com um olhar mais abrangente, com atenção a um conjunto de pormenores e necessidades, procurando mudar tanto a minha forma de estar como das colegas com quem trabalho no meu dia-a-dia. Aproveito sempre o momento de passagem de ocorrências para transmitir alguns conhecimentos e ideias, bem como no dia-a-dia, na prestação de cuidados, sinto interesse por parte das colegas em saber a minha opinião, ou perguntam mesmo como poderão ensinar determinados utentes a fazer uma tosse eficaz, ou como os deverão ajudar para manter uma postura correta, por exemplo... Faço questão também de corrigir as pessoas com quem trabalho relativamente às posturas, tendo em atenção aos princípios ergonómicos.

Sinto uma maior segurança, bem como um maior conhecimento, conseguindo fundamentar a minha prática de uma forma mais abrangente na recuperação/reabilitação do cliente cirúrgico (tanto adulto como pediátrico). Embora não tenha realizado estágio clínico em pediatria, esta constitui também, uma área de interesse para o meu investimento futuro. Quando tiver mais tempo livre, pretendo solicitar autorização e realizar um estágio de RFR em contexto de pediatria, pois esta é também uma área na qual sempre tive pretensões de adquirir conhecimentos para colocar em prática no meu contexto de trabalho.

Assim, terminada esta segunda etapa do meu estágio, posso afirmar que sou hoje uma enfermeira completamente diferente do que era antes de iniciar este processo de aprendizagem. Sei que se me encontrasse hoje a iniciar este processo, existiriam pormenores que vivenciaria de outra forma mais aprofundada, investindo por vezes um pouco mais a nível pessoal nos meus conhecimentos, mas também tenho consciência que dei o meu melhor, dentro das circunstâncias laborais e pessoais em que me encontrei ao longo deste período.

Tenho hoje noção que este é apenas o início de uma longa caminhada e investimento pessoal a realizar como futura EEER. Sei que terei muitas situações na minha vida profissional a carecer da minha atuação como EEER. Sinto-me bastante motivada nesta fase para pensar em variados projetos nesse sentido (nomeadamente na formação das colegas e auxiliares, bem como a proposta de criação de consulta de enfermagem pré-operatória), sabendo que terei da parte da minha chefia todo o apoio possível. Espero manter esta motivação intrínseca ao longo da minha carreira, embora esteja perfeitamente consciente que nada surgirá sem obstáculos para ultrapassar. Só desta forma, toda esta caminhada e este enorme esforço que realizei terá feito sentido.

## **Bibliografia**

- Arcêncio, L., de Souza, M. D., Bortolin, B. S., Fernandes, A. C., Rodrigues, A. J., & Evora, P. R. (2008). Cuidados pré e pós-operatórios em cirurgia cardiotorácica: uma abordagem fisioterapêutica. *Rev Bras Cir Cardiovasc*, 23, pp. 400-410. doi:RBCCV 44205-1007
- Braile, D. M. (2010). Circulação Extracorpórea. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, pp. III - V.
- Kitson, A., Marshall, A., Bassett, K., & Zeitz, K. (12 de Maio de 2012). What are the core elements of patient-centred care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. (B. P. Ltd, Ed.) *Journal of Advanced Nursing*, pp. 4-15. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.06064.x

## **Apêndice IX**

### **Planos de cuidados elaborados na CCT**

## Plano de Cuidados

### 1. Colheita de dados

#### 1. História Atual e pregressa

Nome, idade	Nome: A. L.  Idade: 73 anos  Género: Masculino  Estado civil: Casado
Antecedentes pessoais	Hipertensão arterial Fibrilhação auricular Aneurisma da raiz da Aorta e aorta ascendente proximal Hipertrofia benigna da próstata Dislipidémia
Cirurgia Realizada	Cirurgia Bentall (VA biológica) por mini-esternotomia a 5/12/2014
Medicação Habitual	Amiodarona 200mg 1cp PA (folga Sábado e Domingo) AAS 100mg 1cp Alm. Omeprazol 20mg 1cp Jj Captopril 25mg 1/2cp ao PA, A, J Rosuvastatina 10mg 1cp Deitar Dutasterida 1cp Jt
Medicação no internamento	Amiodarona 200mg 1cp 9h Varfarina 5mg 1cp 19h Omeprazol 20mg 1cp 7h Captopril 25mg 1/2cp ao 7/15/23h Rosuvastatina 10mg 1cp 23h Dutasterida 1cp 19h
Situação Atual familiar, habitacional, social:	Agregado familiar: vive com a esposa  Cuidador no domicílio: esposa  Morada: <span style="background-color: black; color: black;">XXXXXXXXXX</span>  Profissão: Engenheiro reformado

	<p>Utente de 73 anos casado, reside com a esposa numa habitação própria com boas condições de salubridade e habitacionais. Tem 2 filhos, com os quais mantém boa relação. É independente em todas as suas AVD's. Força 5/5 em todas as extremidades e articulações. Aparentemente mantém boa relação com a esposa, que o visita diariamente. Tem condições económicas para dar continuidade ao plano de reabilitação em caso de necessidade.</p>
--	--

## 2 – NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

1º contato com o utente (5.º dia PO)	10/12/2014
Avaliação Psicológica	Consciente e calmo. Orientado no tempo, espaço e pessoa.
Comunicação	Verbaliza de forma coerente

Circulação/Oxigenação	
Data	10/12/2014
Temperatura	36,4°C
Tensão Arterial	127/69 mmHg
Frequência Cardíaca	88 bat/min
Frequência Respiratória	20ciclos/min
SO2	98%
Padrão Respiratório	<p>Tipo: Espontânea</p> <p>Padrão: Toracoabdominal</p> <p>Amplitude: Média</p>

	Ritmo: Regular  Simetria: Presente  Tem cansaço a médios esforços (2 na escala de Borg)
Secreções:	Ausentes
Pele e mucosas:	Pele quente e seca, corada e hidratada. Mucosas hidratadas.

Estado de Consciência – Escala de Glasgow	
Abertura dos olhos	<b>4 – Espontaneamente</b>  3 – Por ordem  2 – À dor  1 - Nula
Resposta Verbal	<b>5 – Orientada</b>  4 – Confusa  3 – Inapropriada  2 – Incompreensível  1 - Nula
Resposta Motora	<b>6 – Obedece a Ordens</b>  5 – Localiza a dor  4 – Foge à dor  3 – Flexão anormal  2 – Em extensão  1 - Nula
Score	15

(o que está a negrito foi a resposta do cliente)

Eliminação Vesical
--------------------



Padrão habitual de eliminação vesical	Continente vesical. Independente.
---------------------------------------	-----------------------------------

Eliminação intestinal	
Padrão habitual de eliminação intestinal	Continente intestinal. Independente.

Sono e Repouso	
Padrão habitual de sono e repouso	Horas de sono por noite: 8 a 9 horas seguidas
Padrão atual de sono e repouso	Dorme por longos períodos

## AVALIAÇÃO DE ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

### MIF - MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

	<u>Data do 1º contacto com o cliente:</u>
<b><u>Autocuidado</u></b>	
A. Alimentação	7
B. Higiene Pessoal	4
C. Banho	4
D. Vestir metade superior	4
E. Vestir metade inferior	4
F. Utilização da sanita	7
<b><u>Controlo dos Esfincteres</u></b>	
G. Bexiga	7
H. Intestino	7
<b><u>Mobilidade</u></b>	
<b><u>Transferências</u></b>	
I. Leito, cadeira, cadeira de rodas	4
J. Sanita	4
K. Banheira, Duche	4
<b><u>Locomoção</u></b>	
L. Marcha/cadeira de rodas	7
M. Escadas	7
<b><u>Comunicação</u></b>	
N. Compreensão	7
O. Expressão	7
<b><u>Cognição Social</u></b>	
P. Interação Social	7
Q. Resolução de problemas	7
R. Memória	7
<b><u>Total</u></b>	<b>115</b>

#### **Níveis:**

7 – Independência Completa (em segurança, em tempo normal)

6 – Independência modificada (ajuda técnica)

#### **Dependência modificada**

5 – Supervisão

4 – Ajuda mínima (Indivíduo participa em  $\geq 75\%$ )

3 – Ajuda Moderada (Indivíduo participa em  $\geq 50\%$ )

#### **Dependência Completa**

2 – Ajuda Máxima (Indivíduo participa em  $\geq 25\%$ )

1 – Ajuda total (Indivíduo participa em  $\leq 25\%$ )

Considero que os seguintes níveis são os seguintes graus de dependência:

Nível 7, 6 e 5 – Grau reduzido

Nível 4 e 3 – Grau moderado

Nível 2 – Grau elevado

Nível 1 – Grau muito elevado

## II - AVALIAÇÃO MOTORA/SENSITIVA

### 1. FUNÇÕES SOMATO-MOTORAS

#### AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR - ESCALA DE LOWER

<b>Legenda:</b> 0/5- Paralisia completa/ Ausência de contração 1/5- Esforço de contração visível mas não produz movimento 2/5- Movimento ativo possível não vencendo a força da gravidade 3/5- Movimento ativo possível vencendo a força da gravidade 4/5- Movimento ativo vencendo a resistência do observador 5/5- Força normal	MSup/ Inf Esq + drt	Flexão	Extensão	Adução	Abdução	Rotação interna/ pronação/ inversão	Rotação Externa/ supinação/ eversão	Desvio Radial	Desvio Cubital
	Dedos mão	5/5	5/5	5/5	5/5				
	Punho	5/5	5/5					5/5	5/5
	Antebraço					5/5	5/5		
	Cotovelo	5/5	5/5						
	Ombro	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5		
	Dedos pé	5/5	5/5	5/5	5/5				
	Tibiotársica	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5		
	Joelho	5/5	5/5						
	Coxo-femural	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5		

## Escala de Equilíbrio de Berg

### 1. Posição sentada para posição em pé

*Instruções:* Por favor, levante-se. Tente não usar as suas mãos como suporte

( 4 ) capaz de se levantar sem utilizar as mãos e estabilizar-se de forma independente

### 2. Permanecer em pé sem apoio

*Instruções:* Por favor, fique em pé, durante 2 minutos sem se apoiar.

( 3 ) capaz de permanecer em pé por 2 minutos com supervisão

### 3. Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho

*Instruções:* Por favor, fique sentado sem apoiar as costas com os braços cruzados por 2 minutos.

( 4 ) capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 2 minutos

### 4. Posição em pé para posição sentada

*Instruções:* Por favor, sente-se.

( 4 ) senta-se com segurança com uso mínimo das mãos

### 5. Transferências

*Instruções:* Arrume as cadeiras perpendicularmente ou uma de frente para a outra para uma transferência em pivô.

Por favor, transferir-se de uma cadeira com apoio de braço para uma cadeira sem apoio de braço, e vice-versa

( 4 ) capaz de se transferir com segurança com uso mínimo das mãos

### 6. Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados

*Instruções:* Por favor, fique em pé e feche os olhos por 10 segundos.

( 3 ) capaz de permanecer em pé por 10 segundos com supervisão

### 7. Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos

*Instruções:* Por favor, junte os seus pés e fique em pé sem se apoiar.

( 3 ) capaz de posicionar os pés juntos de forma independente e permanecer por 1 minuto com supervisão

### 8. Alcançar à frente com o braço entendido permanecendo em pé

*Instruções:* Levante o braço a 90°. Estique os dedos e tente alcançar a frente o mais longe possível.

(O examinador posiciona a régua no fim da ponta dos dedos. A medida registada é a distância que os dedos conseguem alcançar na inclinação).

Por Favor, se possível, use ambos os braços de forma a evitar rotação do tronco.

( 2 ) pode avançar à frente mais que 5 cm com segurança

## **Exercício, Envelhecimento e Saúde**

### **9. Pegar um objecto do chão a partir de uma posição em pé**

*Instruções:* Por favor, pegue o objeto que está na frente dos seus pés.

( 3 ) capaz de pegar o sapato/chinelo, mas necessita de supervisão

### **10. Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé**

*Instruções:* Por favor, vire-se para olhar diretamente atrás de você por cima, do seu ombro esquerdo sem tirar os pés do chão. Faça o mesmo por cima do ombro direito.

( 4 ) olha para trás de ambos os lados com uma boa distribuição do peso

### **11. Girar 360 graus**

*Instruções:* Por favor, gire sobre si mesmo.

Faça uma pausa. Gire em sentido contrário.

( 4 ) capaz de girar 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos

### **12. Posicionar os pés alternadamente no degrau/banquinho enquanto permanece em pé sem apoio**

*Instruções:* Por favor, toque cada pé alternadamente no degrau/banquinho.

Continue até que cada pé tenha tocado o degrau/banquinho quatro vezes..

( 3 ) capaz de permanecer em pé de forma independente e completar 8 movimentos em mais que 20 segundos

### **13. Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente**

*Instruções:* Coloque um pé directamente à frente do outro na mesma linha. Se achar, que não irá conseguir, coloque o pé um pouco mais à frente do outro e levemente para o lado.

( 3 ) capaz de colocar um pé um pouco mais à frente do outro e levemente para o lado de forma independente, e permanecer por 30 segundos

### **14. Permanecer em pé sobre uma perna**

*Instruções:* Fique em pé sobre uma perna o máximo que puder sem se segurar.

( 2 ) capaz de levantar uma perna de forma independente e permanecer por 3-4 segundos

**Resultado Total (Máximo = 56)**

Entre **41** e **56** pontos – **baixo risco** de queda

Entre **21** e **40** pontos – **médio risco** de queda

Entre **0** e **20** pontos – **elevado risco** de queda

## 2 - FUNÇÕES SOMATO-SENSITIVAS

### 2.1- SENSIBILIDADE

LEGENDA: M- MANTIDA; D- DIMINUÍDA; 0- AUSENTE; NR- NÃO REALIZADA				
Data da Avaliação				
	Tátil	Dolorosa	Térmica	Postural
Hemiface direita	M	M	NR	M
Hemiface esquerda	M	M	NR	M
hemitorax direito	M	M	NR	M
hemitorax esquerdo	M	M	NR	M
Memb. sup. Drt	M	M	NR	M
Memb. Sup. Esq.	M	M	NR	M
Memb. Inf. Drt.	M	M	NR	M
Memb. Inf. Esq.	M	M	NR	M

### 2.2 - TÔNUS MUSCULAR

*Tabela 1. Escala de Ashworth.*

Escore	Grau do Tônus Muscular
1	Sem aumento de tônus
2	Leve aumento de tônus (“canivete”)
3	Moderado aumento do tônus
4	Aumento do tônus acentuado
5	Rigidez em flexão ou extensão

	Tônus Muscular
Memb. sup. Drt	1
Memb. Sup. Esq.	1
Memb. Inf. Drt.	1
Memb. Inf. Esq.	1

## 3 – FUNÇÃO RESPIRATÓRIA

### 3.1 – AVALIAÇÃO DA DISPNEIA

#### Escala de Borg Modificada

0 Nenhuma Score em repouso: 0

0,5 Muito, muito leve

1 Muito leve

2 Leve

3 Moderada

4 Um pouco forte

5 Forte

6

7 Muito forte

8

9 Muito, muito forte

10 Máxima

### **1ª Avaliação do Enfermeiro Especialista de Reabilitação**

Apresenta-se consciente e orientado no espaço, tempo e pessoa. Comunica de forma eficaz, com discurso coerente e compreensível.

Pele e mucosas moderadamente coradas e hidratadas. Tem penso esternal limpo e seco externamente.

Eupneico em repouso com respiração toracoabdominal de 20 ciclos por minutos, com presença de reflexo de tosse eficaz. Sem secreções. Apresenta cansaço a médios esforços. Auscultação pulmonar: murmúrio vesicular mantido em todos os segmentos pulmonares. RX tórax: pulmão expandido, sem hipotransparências visíveis.

Restantes parâmetros vitais dentro da normalidade para o utente.

Alimenta-se de forma autónoma de dieta ligeira (esposa traz as suas refeições pois o utente não gosta da comida fornecida pelo hospital).

Tem continência vesical e intestinal. É independente na satisfação desta necessidade básica.

Tem apoio da esposa, que o visita diariamente.

Apresenta força 5/5 na escala de Lower em todos os membros. Necessita de ajuda parcial nas transferências.

Vive num apartamento T3 com a esposa de 68 anos, com boas condições de higiene e salubridade. Prédio com elevador.

O utente encontra-se motivado e colabora em todos os exercícios terapêuticos que lhe são propostos.



## PROGRAMA DE REABILITAÇÃO

RFR – objetivos do ensino pré-operatório:

- Minimizar a ansiedade do utente;
- Estimular a concentração e o relaxamento do utente durante a sessão;
- Consciencialização da respiração e dissociação dos tempos respiratórios;
- Melhorar a excursão diafragmática;
- Melhorar a performance dos músculos inspiratórios;
- Corrigir defeitos ventilatórios e posturais;
- Contenção do tórax:
- Presença de drenos;
- Mobilização precoce das extremidades;
- Hidratação;
- Limpeza das vias aéreas (CATR);
- Tosse Dirigida/Tosse assistida;
- Reeducação ao esforço.

## 5 - PLANO DE CUIDADOS

		PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO		
Problemas identificados	Objetivo	Métodos de ajuda	Tipos de sistema e Intervenções de enfermagem	Avaliação
05/12/2014 - Défice de conhecimentos do utente relacionado com as consequências da intervenção a que vai ser submetido manifestado por ansiedade.	<p>- <i>Que o utente adquira conhecimentos gerais acerca das alterações decorrentes da Cirurgia Bentall (VA biológica) por mini-esternotomia, bem como dos cuidados que deverá ter no pós-operatório.</i></p> <p>- <i>Que o utente não fique ansioso por défice de conhecimentos.</i></p>	<p>Orientar o utente relativamente ao plano terapêutico.</p> <p>- Ensinar o utente acerca da importância do relaxamento, controlo e dissociação dos tempos respiratórios, contenção do tórax, tosse eficaz, mobilização precoce dos segmentos corporais e hidratação.</p>	<p>Sistema de assistência em enfermagem: educativo de apoio.</p> <p>Intervenções:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Ensinar o utente sobre a importância de: <ul style="list-style-type: none"> <li>- adquirir uma posição de descanso e relaxamento;</li> <li>- controlo da dor no período pós-operatório;</li> <li>- controlo e dissociação dos tempos respiratórios;</li> <li>- contenção do tórax na tosse ou realização de qualquer tipo de esforço (transferências);</li> <li>- tosse eficaz;</li> <li>- mobilização ativa e contração isométrica (glúteos) precoce da musculatura de todos os segmentos corporais;</li> <li>- hidratação.</li> </ul> </li> <li>➤ Explicar ao utente todos os dispositivos médicos que poderá ter no pós-operatório de forma a minimizar a sua ansiedade (drenos, drenagem vesical, cateteres).</li> </ul>	<p>10/12/2014 - <i>Embora esta intervenção tenha sido realizada por outro colega, constatei no PO que o utente tinha interiorizado e adquirido os ensinamentos efetuados de forma eficaz.</i></p>

		PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO		
Problemas identificados	Objetivo	Métodos de ajuda	Tipos de Sistema e Intervenções de enfermagem	Avaliação
10/12/2014 - Défice de autocuidado na realização das AVD's relacionado com a presença da esternotomia manifestada pela incapacidade para abdução, extensão, rotação interna e externa dos membros superiores.	<i>Que o utente melhore o autocuidado para a realização das suas AVD's no prazo de 6 dias.</i>	<p>Apoiar o utente na realização da sua higiene diária até à aquisição da sua autonomia.</p> <p>Ensinar o utente acerca dos cuidados a ter durante a satisfação das suas necessidades básicas diárias.</p>	<p>Sistema de Assistência de enfermagem parcialmente compensatório – intervenções:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ensinar o utente acerca dos cuidados a ter com a ferida operatória;</li> <li>✓ Ajudar o utente na realização dos cuidados de higiene em caso de necessidade no PO imediato;</li> <li>✓ Realizar uma avaliação contínua da tolerância ao esforço por parte do utente na realização das AVD's;</li> <li>✓ Incentivar o utente a aumentar de forma progressiva a realização das suas AVD's com a autonomia que tolerar.</li> </ul>	<p>11/12/2014 – O utente encontra-se já autónomo na realização das suas AVD's e mais seguro da melhor forma de proceder em cada uma delas. Denoto uma maior tolerância ao esforço.</p> <p>16/12/2014 – O utente tem alta clínica. Sem cansaço a médios esforços. Tem a sua autonomia assegurada.</p>

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO				
Problemas identificados	Objetivo	Métodos de ajuda	Tipos de Sistema e Intervenções de enfermagem	Avaliação
10/12/2014 - Défice do autocuidado respirar de forma eficaz relacionado com a cirurgia manifestada pelo cansaço a médios esforços, bem como presença de tosse semi-produtiva esporádica (deglute secreções).	<i>Prevenir e corrigir defeitos ventilatórios; Promover a reexpansão pulmonar; Prevenir defeitos posturais.</i>	<p>Ensinar exercícios terapêuticos (posição de descanso e relaxamento, controlo e dissociação dos tempos respiratórios, reeducação abdomino-diafragmática e costal, mobilização escapulo-umeral)</p> <p>Ensinar o utente relativamente aos cuidados a ter para promover uma reexpansão pulmonar eficaz;</p> <p>Realizar com o utente exercícios terapêuticos para promoção da reexpansão pulmonar bem como aumento</p>	<p>Sistema de Assistência de enfermagem parcialmente compensatório – intervenções:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Validar com o utente a importância dos exercícios respiratórios;</li> <li>•Incentivar o utente a participar nas sessões de RFR;</li> <li>•Realizar a auscultação pulmonar e avaliação da expansão pulmonar;</li> <li>•Realizar exercícios que permitam a reexpansão pulmonar: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Posição de descanso e relaxamento;</li> <li>- Controlo e dissociação dos tempos respiratórios;</li> <li>- Reeducação abdomino-diafragmática (global, porção posterior com resistência, hemicúpula direita, hemicúpula esquerda);</li> <li>- Reeducação costal (global com bastão, lateral direito e esquerdo com abdução dos MS, antero-lateral direito e esquerdo com resistência);</li> <li>- Mobilização escapulo-umeral;</li> </ul> </li> <li>•Avaliar os exames radiológicos e identificar alterações;</li> </ul>	<p><i>10-16/12/2014 – utente sempre colaborante na RFR, aumentando a eficácia e concentração do utente ao longo das várias sessões realizadas.</i></p> <p><i>Exames radiológicos progressivamente melhorados ao longo dos dias em que foi realizada RFR.</i></p>

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO				
Problemas identificados	Objetivo	Métodos de ajuda	Tipos de Sistema e Intervenções de enfermagem	Avaliação
		progressivo de tolerância ao esforço.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular o utente a repetir os exercícios respiratórios;</li> <li>• Ensinar o utente a manter uma postura ereta, evitando uma abdução superior a 90° dos membros superiores, bem como flexão posterior dos mesmos membros;</li> <li>• Ensinar o utente a realizar contenção torácica sempre que pretenda fazer esforços.</li> </ul>	

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO				
Problemas identificados	Objetivo	Métodos de ajuda	Tipos de Sistema e Intervenções de enfermagem	Avaliação
10/12/2014 - Défice do autocuidado tossir de forma eficaz relacionado com a presença de esternotomia manifestada pelo cansaço a meios esforços, bem como presença de	<i>Que o utente seja capaz, no prazo de 1 dia, de tossir de forma eficaz, promovendo uma adequada mobilização de secreções sem presença de dor.</i>	Ensinar o utente acerca dos cuidados a ter para a promoção da fluidificação das secreções; Ensinar o utente	<p>Sistema de Assistência de enfermagem educativo de apoio – intervenções:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Incentivar o utente a ingerir líquidos;</li> <li>➤ Ensinar a tosse dirigida.</li> </ul> <p>Sistema de Assistência de enfermagem parcialmente compensatório – intervenções:</p>	<p>10-16/12/2014 – murmúrio vesicular mantido no pulmão direito, estando diminuído no 1/3 inferior do pulmão esquerdo.</p> <p>A 12/12/2014 apresentou roncos nos 1/3 superiores de ambos os pulmões antes da</p>

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO				
Problemas identificados	Objetivo	Métodos de ajuda	Tipos de Sistema e Intervenções de enfermagem	Avaliação
tosse semi- produtiva esporádica (expele secreções amareladas).		acerca dos exercícios a realizar para otimizar a mobilização de secreções.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Realizar auscultação no início e final da sessão de reeducação funcional respiratória;</li> <li>➤ Realizar drenagem postural modificada;</li> <li>➤ Usar manobras acessórias (compressões e vibrações);</li> <li>➤ Realizar ciclo ativo das técnicas respiratórias (ER, RA, TEF, HUFF);</li> <li>➤ Estimular a tosse com contenção do tórax (Tosse Dirigida/Tosse Assistida);</li> <li>➤ Avaliar a tosse, secreções (quantidade, consistência e características).</li> </ul>	<p><i>RFR e no final apresentava crepitações finas nos 1/3 médio e inferior do pulmão direito.</i></p> <p><i>10-16/12/2014 – tosse eficaz, conseguiu expelir secreções mucopurulentas espessas em moderada quantidade.</i></p> <p><i>16/12/2014 secreções mucosas fluidas em escassa quantidade.</i></p>

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO				
Problemas identificados	Objetivo	Métodos de ajuda	Tipos de Sistema e Intervenções de enfermagem	Avaliação
10/12/2014 – Défice do autocuidado respirar manifestado por dispneia relacionado com	<i>Que o utente aumente a sua resistência ao esforço.</i>	Ensinar o utente sobre exercícios terapêuticos para aumentar a sua capacidade ventilatória.	<p>Sistema de Assistência de enfermagem parcialmente compensatório – intervenções:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incentivar o utente à participação nas sessões de RFR;</li> </ul>	<p><i>Dias 10, 11 e 12 – realizou RFR com O2 por ON a 2l/m.</i></p> <p><i>Dia 14 – sem necessidade de O2 suplementar.</i></p>

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO				
Problemas identificados	Objetivo	Métodos de ajuda	Tipos de Sistema e Intervenções de enfermagem	Avaliação
alterações na mecânica ventilatória (polipneia a esforços, utilização de músculos acessórios quando realiza esforços).		Criar ambiente propício para a realização de exercícios de aumento de tolerância ao esforço.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colocar O2 por ON durante as sessões de RFR quando o utente apresenta dispneia a esforços;</li> <li>- Incentivar e monitorizar o utente na realização de exercícios de tolerância ao esforço de forma progressiva.</li> </ul>	<i>Dia 16 – realizado treino de marcha com o utente no serviço numa distância total de 300m com 5 paragens. Sem repercursões hemodinâmicas ou respiratórias significativas.</i>

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO				
Problemas identificados	Objetivo	Métodos de ajuda	Tipos de Sistema e Intervenções de enfermagem	Avaliação
14/12/2014 - Défice de conhecimentos relacionado com os cuidados a ter após a alta manifestado pela verbalização dúvidas por	<i>Que o utente se sinta seguro e com conhecimento dos cuidados a ter após a alta após 6 dias de ensino.</i>	Ensinar o utente acerca dos cuidados a ter após a alta.	Sistema de Assistência de enfermagem educativo de apoio – intervenções: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Instruir sobre o ensino que deve dar continuidade no domicílio ao utente;</li> <li>- Validar a correta execução dos exercícios e corrigir o utente no caso de não realizar corretamente;</li> <li>- Instruir sobre hábitos de exercício como marcha, subir e descer degraus – tolerância progressiva ao esforço;</li> <li>- Instruir sobre hábitos alimentares: reforço da ingestão hídrica;</li> <li>- Instruir o utente a não carregar pesos superiores a 5Kg nos próximos 2 meses;</li> </ul>	<i>16/12/2014 – O utente aparentemente reteve toda a informação necessária. Processo que poderá ter sido facilitado pelos ensinamentos realizados nas sessões de</i>

		PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO		
Problemas identificados	Objetivo	Métodos de ajuda	Tipos de Sistema e Intervenções de enfermagem	Avaliação
parte do utente.			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instruir o utente acerca dos cuidados a ter com a ferida operatória bem como estar alerta para possíveis sintomas de complicação PO (não esfregar a cicatriz, aplicar creme hidratante, vigiar possíveis sinais inflamatórios (calor, rubor, edema, dor local, saída de excudado) bem como febre, cansaço ou sensação de taquicardia, edemas nos MI's, sensação de mal-estar geral);</li> <li>- Instruir o utente para realizar a contenção do tórax sempre que necessite de fazer esforços nos próximos 2 meses, bem como a não elevar os braços mais que 90º;</li> <li>- Instruir o utente a não conduzir nos próximos 2 meses;</li> <li>- Instruir o utente a usar as meias de contenção bem como a ter em atenção às consultas de vigilância do INR;</li> <li>- Instruir o utente a retomar de forma progressiva a sua atividade sexual habitual até à data da cirurgia (começar pelas carícias e lentamente progredir com outras atividades consoante tolerância ao esforço).</li> </ul>	<i>RFR anteriores.</i>

**Avaliação dos parâmetros vitais**

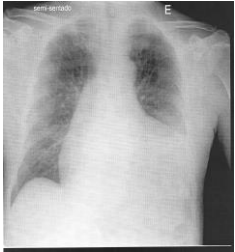
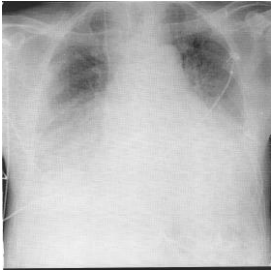
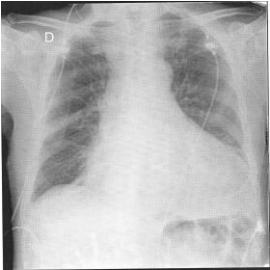
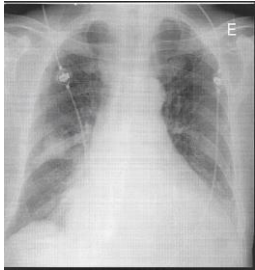


<b>(Início e final da sessão de RFR)</b>												
<b>Sinais vitais</b>												
<b>Pré – operatório</b>			<b>Pós-operatório</b>									
<b>Data</b>	<b>05/12/2014</b>		<b>10/12/2014</b>		<b>11/12/2014</b>		<b>12/12/2014</b>		<b>14/12/2014</b>		<b>16/12/2014</b>	
<b>Frequência cardíaca (ppm)</b>	63	69	88	89	97	100	90	93	96	102	76	82
<b>Frequência respiratória (ciclos/min.)</b>	18	18	20	22	20	18	24	32	18	20	20	18
<b>SpO2 (%)</b>	98	99	92	98	93	99	97	96	95	96	93	94
<b>Tensão arterial (mmHg)</b>	119/63	125/71	127/69	118/71	131/67	127/72	117/66	109/61	83/55	96/57	98/75	102/79
<b>Dor (0-10)</b>	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0
<b>Escala de Borg da dispneia (0-10)</b>	0	0	2	3	1	2	0	0,5	0	0,5	0	0
<b>Avaliação da função respiratória (Início e final da sessão de RFR)</b>												
<b>Respiração</b>												
<b>Pré-operatório</b>			<b>Pós-operatório</b>									
<b>Data</b>			<b>05/12/2014</b>	<b>10/10/2014</b>	<b>11/12/2014</b>	<b>12/12/2014</b>	<b>14/12/2014</b>	<b>16/12/2014</b>				
<b>Simetria torácica</b>	Sim=S Não=N		S	S	S	S	S	S				

Padrão da respiração	T= torácica / A= abdominal M= mista / P= paradoxal	A		A		A		A		A		A	
Amplitude	S= superficial / M= média P= Profunda	M		M		M		M		M		M	
Sintomas													
Tosse	S= seca P= produtiva (E= eficaz; I= ineficaz; A= aspiração de secreções)			P, E		P, E		P, E		P, E		P, E	
Secreções (quantidade)	A= abundantes M= moderadas E= escassas			M		M		M		E		E	
Secreções (consistência)	F= fluidas E= espessas			E		E		E		F		F	
Secreções (caraterísticas)	M= mucosas; MP= muco- purulentas; P= purulentas; H= hemáticas; R= rosadas			MP		P		P		M		M	
Auscultação Pulmonar													
Data		05/12/2014		10/12/2014		11/12/2014		12/12/2014		14/12/2014		16/12/2014	
Avaliação no início/fim da sessão de RFR		I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F

Murmúrio vesicular	M= mantido D= diminuído A= ausente (D /E) = Direito/esquerdo)	1/3 superior 1/3 médio 1/3 inferior	(D/E) M/M	(D/E) M/M	(D/E) M/M	(D/E) M/M	(D/E) M/M	(D/E) M/M	(D/E) M/M	(D/E) M/M	(D/E) M/M	(D/E) M/M	(D/E) M/M	(D/E) M/M
Ruídos adventícios	R= roncos S= sibilos F= ferveores C= crepitações A= atritos	1/3 superior 1/3 médio 1/3 inferior					/R	/R	R/R					
					R/	/R		/R		/C				
										/C				

RADIOGRAFIAS DO TÓRAX

03/12/2014	07/12/2014	11/12/2014	12/12/2014
			

## Plano de Cuidados

### 1. Colheita de dados

#### 1. História Atual e pregressa

Nome, idade	Nome: G. A.  Idade: 77 anos  Género: Masculino  Estado civil: Solteiro
Antecedentes pessoais	Insuficiência Cardíaca Congestiva Disfunção grave do ventrículo esquerdo Estenose aórtica grave Hipertensão arterial Dislipidémia Ex-tabagismo (65 UMA – parou há 2 anos) Ex-etilismo (parou há 2-3 anos – 2 a 3 copos por dia + algumas bebidas destiladas entre as refeições) Hernioplastia inguinal Cirurgia à clavícula esquerda (por #)
Cirurgia Realizada	Colocação de prótese valvular aórtica e mitral a 07/01/2015 Permaneceu na UCI 6 dias, tendo estado 2 deles submetido a VMI. Transferido a 14/01/2015 para a enfermaria.
Medicação Habitual	Espironolactona 25mg 1cp Furosemida 40mg 1cp Nitroglicerina 5mg/24h (das 9 às 21h) Ivabradina 5mg, 1cp de 12/12h Pantoprazol, 20mg, 1cp em jejum Atorvastatina, 10mg, 1cp jantar
Medicação no internamento	Paracetamol 1G SOS Metamizol 1cp SOS Digoxina 0,125mg 1cp 9h Bisoprolol 2,5mg 1cp 9/21h (parou a 15/01) Amiodarona 200mg 1cp 9/17/01h (parou a 15/01) Hidroclorotiazida 50mg + amilorida 5mg 1cp 9/21h

	AAS 100mg 1cp as 13h Varfarina segundo INR as 20h Lovenox 40mg 19h Omeprazol 40mg 19h Tansolusina 0,4mg 1cp as 9h (prescrito a 17/01) Tiamina 1F EV as 9/21h (prescrito a 17/01) Tiapridal 1F EV às 9/21h (prescrito a 17/01)
Situação Atual familiar, habitacional, social:	Agregado familiar: vive sozinho  Cuidador no domicílio: sobrinha vive perto  Morada: <span style="background-color: black; color: black;">XXXXXXXXXX</span>  Profissão: Electricista reformado  Utente de 77 anos solteiro, vive sozinho numa habitação própria com boas condições de salubridade e habitacionais. É autónomo em todas as suas AVD's. Força 5/5 em todas as extremidades e articulações. Terá necessidade, no momento da alta, de ter apoio da assistente social.

## 2 – NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

1º contato com o utente (dia da cirurgia – pré-operatório)	07/01/2015
Avaliação Psicológica	Consciente e calmo. Orientado no tempo, espaço e pessoa.
Comunicação	Verbaliza de forma coerente

Circulação/Oxigenação	
Data	07/01/2015

Temperatura	36,4°C
Tensão Arterial	140/76 mmHg
Frequência Cardíaca	57 bat/min
Frequência Respiratória	16 ciclos/min
SO2	98%
Padrão Respiratório	<p>Tipo: Espontânea</p> <p>Padrão: Toracoabdominal</p> <p>Amplitude: Média</p> <p>Ritmo: Regular</p> <p>Simetria: Presente</p> <p>Cansaço 0,5 na escala de Borg</p>
Secreções:	Ausentes
Pele e mucosas:	Pele quente e seca, corada e hidratada. Mucosas hidratadas.

Estado de Consciência – Escala de Glasgow	
Abertura dos olhos	<p><b>4 – Espontaneamente</b></p> <p>3 – Por ordem</p> <p>2 – À dor</p> <p>1 – Nula</p>
Resposta Verbal	<p><b>5 – Orientada</b></p> <p>4 – Confusa</p> <p>3 – Inapropriada</p> <p>2 – Incompreensível</p> <p>1 – Nula</p>

Resposta Motora	<b>6 – Obedece a Ordens</b>  5 – Localiza a dor  4 – Foge à dor  3 – Flexão anormal  2 – Em extensão  1 – Nula
Score	15

(o que está a negrito foi a resposta do cliente)

Eliminação Vesical	
Padrão habitual de eliminação vesical	Continente vesical. Independente.

Eliminação intestinal	
Padrão habitual de eliminação intestinal	Continente intestinal. Independente.

Sono e Repouso	
Padrão habitual de sono e repouso	Horas de sono por noite: 7 a 8 horas seguidas
Padrão atual de sono e repouso	Dorme por longos períodos



## AVALIAÇÃO DE ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

### MIF - MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

	<u>Data do 1º contacto com o cliente:</u>
<b><u>Autocuidado</u></b>	
A. Alimentação	7
B. Higiene Pessoal	4
C. Banho	4
D. Vestir metade superior	4
E. Vestir metade inferior	4
F. Utilização da sanita	5
<b><u>Controlo dos Esfincteres</u></b>	
G. Bexiga	7
H. Intestino	7
<b><u>Mobilidade</u></b>	
<b><u>Transferências</u></b>	
I. Leito, cadeira, cadeira de rodas	5
J. Sanita	5
K. Banheira, Duche	5
<b><u>Locomoção</u></b>	
L. Marcha/cadeira de rodas	5
M. Escadas	5
<b><u>Comunicação</u></b>	
N. Compreensão	7
O. Expressão	7
<b><u>Cognição Social</u></b>	
P. Interação Social	7
Q. Resolução de problemas	7
R. Memória	7
<b><u>Total</u></b>	112

#### **Níveis:**

7 – Independência Completa (em segurança, em tempo normal)

6 – Independência modificada (ajuda técnica)

#### **Dependência modificada**

5 – Supervisão

4 – Ajuda mínima (Indivíduo participa em  $\geq 75\%$ )

3 – Ajuda Moderada (Indivíduo participa em  $\geq 50\%$ )

#### **Dependência Completa**

2 – Ajuda Máxima (Indivíduo participa em  $\geq 25\%$ )

1 – Ajuda total (Indivíduo participa em  $\leq 25\%$ )

Considero que os seguintes níveis são os seguintes graus de dependência:

Nível 7, 6 e 5 – Grau reduzido

Nível 4 e 3 – Grau moderado

Nível 2 – Grau elevado

Nível 1 – Grau muito elevado

## II - AVALIAÇÃO MOTORA/SENSITIVA

### 1. FUNÇÕES SOMATO-MOTORAS

#### AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR - ESCALA DE LOWER

<b>Legenda:</b> 0/5- Paralisia completa/ Ausência de contração 1/5- Esforço de contração visível mas não produz movimento 2/5- Movimento ativo possível não vencendo a força da gravidade 3/5- Movimento ativo possível vencendo a força da gravidade 4/5- Movimento ativo vencendo a resistência do observador 5/5- Força normal	MSup/ Inf Esq + drt	Flexão	Extensão	Adução	Abdução	Rotação interna/ pronação/ inversão	Rotação Externa/ supinação/ eversão	Desvio Radial	Desvio Cubital
	Dedos mão	5/5	5/5	5/5	5/5				
	Punho	5/5	5/5					5/5	5/5
	Antebraço					5/5	5/5		
	Cotovelo	5/5	5/5						
	Ombro	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5		
	Dedos pé	5/5	5/5	5/5	5/5				
	Tibiotársica	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5		
	Joelho	5/5	5/5						
	Coxo-femural	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5		

## **2 – FUNÇÃO RESPIRATÓRIA**

### **2.1 – AVALIAÇÃO DA DISPNEIA**

#### **Escala de Borg Modificada**

**0** Nenhuma Score em repouso: 1

**0,5** Muito, muito leve

**1** Muito leve

**2** Leve

**3** Moderada

**4** Um pouco forte

**5** Forte

**6**

**7** Muito forte

**8**

**9** Muito, muito forte

**10** Máxima

## **1ª Avaliação do Enfermeiro Especialista de Reabilitação**

Apresenta-se consciente e orientado no espaço, tempo e pessoa. Comunica de forma eficaz, com discurso coerente e compreensível.

Pele e mucosas moderadamente coradas e hidratadas.

Eupneico em repouso com respiração toracoabdominal de 16 ciclos por minutos, sem tosse. Sem secreções. Apresenta discreta dipneia a médios esforços. Auscultação pulmonar: murmúrio vesicular mantido em todos os segmentos pulmonares. RX tórax: pulmão expandido, sem hipotransparências visíveis.

Restantes parâmetros vitais dentro da normalidade para o utente.

Alimenta-se de forma autónoma de dieta ligeira.

Tem continência vesical e intestinal. É independente na satisfação destas necessidades básicas.

Tem apoio da sobrinha, que o visita diariamente.

Apresenta força 5/5 na escala de Lower em todos os membros. É autónomo nas transferências.

Vive num apartamento T1, num 2º andar de prédio sem elevador, sozinho, com razoáveis condições de higiene e salubridade. Após alta terá apoio social + apoio da sobrinha, pelo que foi referenciado à Assistente Social no dia da admissão.

O utente encontra-se motivado e participa no plano terapêutico iniciado.

## **PROGRAMA DE REABILITAÇÃO**

RFR – objetivos do ensino pré-operatório:

- Minimizar a ansiedade do utente;
- Estimular a concentração e o relaxamento do utente durante a sessão;
- Consciencialização da respiração e dissociação dos tempos respiratórios;
- Melhorar a excursão diafragmática;
- Melhorar a performance dos músculos inspiratórios;
- Corrigir defeitos ventilatórios e posturais;
- Contenção do tórax;
- Presença de drenos;
- Mobilização precoce das extremidades;
- Hidratação;
- Limpeza das vias aéreas (CATR);
- Tosse Dirigida/Tosse assistida;
- Reeducação ao esforço.

## 5 - PLANO DE CUIDADOS

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO				
Problemas identificados	Objetivo	Métodos de ajuda	Tipos de sistema e Intervenções de enfermagem	Avaliação
07/01/2015 - Défice de conhecimentos do utente relacionado com as consequências da intervenção a que vai ser submetido manifestado por ansiedade.	<p>- Que o utente adquira conhecimentos gerais acerca das alterações decorrentes da Cirurgia para colocação de prótese valvular Aórtica e Mitral, bem como dos cuidados que deverá ter no pós-operatório, dentro de 2 dias.</p> <p>- Que o utente não fique ansioso por défice de conhecimentosno decorrer do internamento.</p>	<p>- Orientar o utente relativamente ao plano terapêutico.</p> <p>- Ensinar o utente acerca da importância do relaxamento, controlo e dissociação dos tempos respiratórios, contenção do tórax, tosse eficaz, mobilização precoce dos segmentos corporais e hidratação.</p>	<p>Sistema de assistência em enfermagem: educativo de apoio.</p> <p>Intervenções:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ensinar o utente sobre a importância de: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adquirir uma posição de descanso e relaxamento;</li> <li>- controlo da dor no período pós-operatório;</li> <li>- Controlo e dissociação dos tempos respiratórios;</li> <li>- Contenção do tórax na tosse ou realização de qualquer tipo de esforço (transferências);</li> <li>- Tosse eficaz;</li> <li>- Mobilização ativa e contração isométrica (glúteos) precoce da musculatura de todos os segmentos corporais;</li> <li>- Hidratação.</li> </ul> </li> <li>➤Explicar ao utente todos os dispositivos médicos que poderá ter no pós-operatório de forma a minimizar a sua ansiedade (drenos, drenagem vesical, cateteres).</li> </ul>	<p>07/01/2014 – Realizei os ensinos ao utente. Este foi bastante participativo e demonstrou aquisição dos conhecimentos transmitidos, referindo os pontos-chave no final do ensino.</p>

		PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO		
Problemas identificados	Objetivo	Métodos de ajuda	Tipos de Sistema e Intervenções de enfermagem	Avaliação
15/01/2015 - Défice de autocuidado na realização das AVD's relacionado com a presença da esternotomia manifestada pela incapacidade para abdução, extensão, rotação interna e externa dos membros superiores.	<i>Que o utente melhore o autocuidado para a realização das suas AVD's no prazo de 4 dias.</i>	Ajudar o utente na realização da sua higiene diária até à obtenção da sua autonomia.  Ensinar o utente acerca dos cuidados a ter durante a satisfação das suas necessidades básicas diárias.	Sistema de Assistência de enfermagem parcialmente compensatório – intervenções:  ✓ Ensinar o utente acerca dos cuidados a ter com a ferida operatória;  ✓ Ajudar o utente na realização dos cuidados de higiene em caso de necessidade no pós-operatório (PO) imediato;  ✓ Realizar uma avaliação contínua da tolerância ao esforço por parte do utente na realização das AVD's;  ✓ Incentivar o utente a aumentar de forma progressiva a realização das suas AVD's com a autonomia que tolerar.	<i>15/01/2015 – O utente apresenta-se com a sua autonomia comprometida, tendo necessidade de ajuda parcial devido ao cansaço a pequenos/médios esforços que evidencia.</i>  <i>19/01/2015 – Utente mais autónomo. Maior tolerância ao esforço.</i>  <i>Utente foi posteriormente transferido para o hospital da sua área de residência, neste mesmo dia no turno da tarde.</i>

		PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO		
Problemas identificados	Objetivo	Métodos de ajuda	Tipos de Sistema e Intervenções de enfermagem	Avaliação

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO				
Problemas identificados	Objetivo	Métodos de ajuda	Tipos de Sistema e Intervenções de enfermagem	Avaliação
15/01/2015 - Défice do autocuidado respirar de forma eficaz relacionado com a cirurgia manifestada pelo cansaço a meios esforços, bem como presença de tosse semi-produtiva esporádica (deglute secreções).	<p><i>Que o utente melhore ao fim de 4 dias a sua capacidade ventilatória.</i></p> <p><i>Que o utente adquira uma postura correta, de forma a prevenir defeitos posturais.</i></p>	<p>Ensinar exercícios terapêuticos (posição de descanso e relaxamento, controlo e dissociação dos tempos respiratórios, reeducação abdomino-diafragmática e costal, mobilização escapulo-umeral)</p> <p>Ensinar o utente relativamente aos cuidados a ter para promover uma reexpansão pulmonar eficaz;</p> <p>Realizar com o utente exercícios terapêuticos para promoção da reexpansão pulmonar bem como aumento progressivo de</p>	<p>Sistema de Assistência de enfermagem parcialmente compensatório – intervenções:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Validar com o utente a importância dos exercícios respiratórios;</li> <li>•Incentivar o utente a participar nas sessões de RFR;</li> <li>•Realizar a auscultação pulmonar e avaliação da expansão pulmonar;</li> <li>•Realizar exercícios que permitam a reexpansão pulmonar: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Posição de descanso e relaxamento;</li> <li>- Controlo e dissociação dos tempos respiratórios;</li> <li>- Reeducação abdomino-diafragmática (global, porção posterior com resistência, hemicúpula direita, hemicúpula esquerda);</li> <li>- Reeducação costal (global com bastão, lateral direito e esquerdo com abdução dos MS, antero-lateral direito e esquerdo com resistência);</li> <li>- Mobilização escapulo-umeral;</li> </ul> </li> <li>•Avaliar os exames radiológicos e identificar alterações;</li> <li>•Estimular o utente a repetir os exercícios</li> </ul>	<p><i>15 e 19/01/2015 – utente participante na RFR, aumentando a eficácia e concentração do mesmo de uma sessão para a outra.</i></p> <p><i>Exames radiológicos melhorados após início das sessões de RFR.</i></p>



PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO				
Problemas identificados	Objetivo	Métodos de ajuda	Tipos de Sistema e Intervenções de enfermagem	Avaliação
		tolerância ao esforço.	respiratórios. •Ensinar o utente a manter uma postura ereta, evitando uma abdução superior a 90º dos membros superiores, bem como flexão posterior dos mesmos membros; •Ensinar o utente a realizar contenção torácica sempre que pretenda fazer esforços.	

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO				
Problemas identificados	Objetivo	Métodos de ajuda	Tipos de Sistema e Intervenções de enfermagem	Avaliação
15/01/2015 - Défice do autocuidado tossir de forma eficaz relacionado com a presença de esternotomia manifestada pelo cansaço a medios esforços, bem como presença de tosse semi-produtiva esporádica (deglute	<i>Que o utente seja capaz, no prazo de 1 dia, de tossir de forma eficaz, promovendo uma adequada mobilização de secreções sem presença de dor.</i>	Ensinar o utente acerca dos cuidados a ter para a promoção da fluidificação das secreções; Ensinar o utente acerca dos exercícios a	Sistema de Assistência de enfermagem educativo de apoio – intervenções: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Incentivar o utente a ingerir líquidos;</li> <li>➤ Ensinar a tosse dirigida.</li> </ul> Sistema de Assistência de enfermagem parcialmente compensatório – intervenções: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤Realizar auscultação no início e final da sessão de reeducação funcional respiratória;</li> </ul>	<i>15 e 19/01/2015 – murmúrio vesicular diminuído no 1/3 inferior do pulmão direito e ausente no 1/3 inferior do pulmão esquerdo. A 15/01/2015 apresentou roncos em todos os segmentos audíveis no início da sessão de RFR, o que não se verificou no final da mesma.</i>

		PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO		
Problemas identificados	Objetivo	Métodos de ajuda	Tipos de Sistema e Intervenções de enfermagem	Avaliação
secreções).		realizar para otimizar a mobilização de secreções.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Realizar drenagem postural modificada;</li> <li>➤ Usar manobras acessórias (compressões e vibrações);</li> <li>➤ Realizar ciclo ativo das técnicas respiratórias (ER, RA, TEF, HUFF);</li> <li>➤ Estimular a tosse com contenção do tórax (Tosse Dirigida/Tosse Assistida);</li> <li>➤ Avaliar a tosse, secreções (quantidade, consistência e características).</li> </ul>	15/01/2015 – tosse eficaz, conseguiu mobilizar secreções que degluti, não sendo possível observar as suas características.

		PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO		
Problemas identificados	Objetivo	Métodos de ajuda	Tipos de Sistema e Intervenções de enfermagem	Avaliação
15/01/2015 –Défice do autocuidado respirar manifestado por dispneia relacionado com alterações na mecânica	Que o utente aumente a sua resistência ao esforço.	Ensinar o utente sobre exercícios terapêuticos para aumentar a sua capacidade ventilatória. Criar ambiente propício para a realização de exercícios de aumento de	Sistema de Assistência de enfermagem parcialmente compensatório – intervenções: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incentivar o utente à participação nas sessões de RFR;</li> <li>- Colocar O2 por ON durante as sessões de RFR quando o utente apresenta dispneia a esforços;</li> <li>- Incentivar e monitorizar o utente na realização de</li> </ul>	Dias 15 e 19/01/2015 – realizou RFR com O2 por ON a 2l/m. Dia 19/01/2015 – realizado treino de marcha com o utente no serviço numa distância total de 150m com 3 pausas para descansar.

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO				
Problemas identificados	Objetivo	Métodos de ajuda	Tipos de Sistema e Intervenções de enfermagem	Avaliação
ventilatória (polipneia a esforços, utilização de músculos acessórios quando realiza esforços).		tolerância ao esforço.	exercícios de tolerância ao esforço de forma progressiva.	<i>Sem repercussões hemodinâmicas ou respiratórias significativas.</i>

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO				
Problemas identificados	Objetivo	Métodos de ajuda	Tipos de Sistema e Intervenções de enfermagem	Avaliação
19/01/2015 - Défice de conhecimentos relacionado com os cuidados a ter após a alta manifestado pela verbalização dúvidas por	<i>Que o utente se sinta seguro e com conhecimento dos cuidados a ter após a alta após 4 dias de ensinos.</i>	Ensinar o utente acerca dos cuidados a ter após a alta.	Sistema de Assistência de enfermagem educativo de apoio – intervenções: - Instruir sobre hábitos de exercício como marcha, subir e descer degraus – tolerância progressiva ao esforço; - Instruir sobre hábitos alimentares: reforço da ingestão hídrica; - Instruir o utente a não carregar pesos superiores a 5Kg nos próximos 2 meses; - Instruir o utente acerca dos cuidados a ter com a ferida operatória bem como estar alerta para possíveis sintomas de complicação PO (não esfregar a cicatriz, aplicar creme hidratante, vigiar possíveis sinais inflamatórios (calor, rubor, edema, dor local, saída de excudado) bem como febre, cansaço ou sensação de	<i>19/01/2015 – Foram iniciados ensinos de preparação para a alta. Por o utente ter sido transferido para o hospital da área de residência, não foi possível avaliar a</i>

		PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO		
Problemas identificados	Objetivo	Métodos de ajuda	Tipos de Sistema e Intervenções de enfermagem	Avaliação
parte do utente.			taquicardia, edemas nos MI's, sensação de mal-estar geral); - Instruir o utente para realizar a contenção do tórax sempre que necessite de fazer esforços nos próximos 2 meses, bem como a não elevar os braços mais que 90°; - Instruir o utente a não conduzir nos próximos 2 meses; - Instruir o utente a usar as meias de contenção bem como a ter em atenção às consultas de vigilância do INR. - Validar a correta execução dos exercícios e corrigir o utente no caso de não realizar corretamente;	<i>eficácia dos mesmos.</i>

Avaliação dos parâmetros vitais (Início e final da sessão de RFR)						
Sinais vitais						
Pré – operatório			Pós-operatório			
Data	07/01/2015		15/01/2015		19/01/2015	
Frequência cardíaca (ppm)	57	60	74	77	88	84
Frequência respiratória (ciclos/min.)	16	16	18	22	18	20
SpO2 (%)	98	99	98	100	98	98
Tensão arterial (mmHg)	140/76	137/62	105/60	98/62	115/66	114/72
Dor (0-10)	0	0	2	1	0	0
Escala de Borg da dispneia (0-10)	0	0	4	2	2	3

Avaliação da função respiratória (Início e final da sessão de RFR)				
Respiração				
Pré-operatório		Pós-operatório		
Data		07/01/2015	15/01/2015	19/01/2015
Simetria torácica	Sim=S Não=N	S	S	S

Padrão da respiração	T= torácica / A= abdominal M= mista / P= paradoxal		M	A	M			
Amplitude	S= superficial / M= média P= Profunda		M	M	M			
Sintomas								
Tosse	S= seca P= produtiva (E= eficaz; I= ineficaz; A= aspiração de secreções)			P, E				
Secreções (quantidade)	A= abundantes M= moderadas E= escassas			E				
Secreções (consistência)	F= fluidas E= espessas							
Secreções (caraterísticas)	M= mucosas; MP= muco- purulentas; P= purulentas; H= hemáticas; R= rosadas							
Auscultação Pulmonar								
Data			07/01/2015		15/01/2015		19/01/2015	
Avaliação no início/fim da sessão de RFR			I	F	I	F	I	F
Murmúrio vesicular	M= mantido	1/3	(D/E)	(D/E)	(D/E)	(D/E)	(D/E)	(D/E)
	D= diminuído	superior	M/M	M/M	M/M	M/M	M/M	M/M
	A= ausente (D /E) =	1/3 médio	M/M	M/M	M/M	M/M	M/M	M/M

	Direito/esquerdo)	1/3 inferior	M/M	M/M	D/A	D/A	D/A	D/D
Ruídos adventícios	R= roncos S= sibilos F= fervores C= crepitações A= atritos	1/3 superior 1/3 médio 1/3 inferior			R/R  R/R  R/			

#### RADIOGRAFIAS DO TÓRAX

06/01/2015	09/01/2015	14/01/2015	15/01/2015	16/01/2015
